

ねたきり高齢者等紙おむつ支給申請書

年 月 日

(あて先) 川口市長

申請者あてに支給決定の
通知書を送付します。

申請者
(通知書送付先)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

事業者の方は事業者名
も記入ください。

対象者との続柄
(事業所名) _____

ねたきり高齢者等紙おむつの支給を受けたいので次のとおり申請します。なお、受給資格の
審査のため、市税や介護保険認定情報等の確認を行うことについて同意します。

		受付番号	
対 象 者	住 所 (住民票地)	川口市 電話 ()	
	フリガナ		
	氏 名	男 ・ 女	
	生年月日	別紙の製品一覧に記載されている 商品番号・サイズをご記入ください。 日 生 (歳)	
希望する おむつの種類		商品番号 : _____ サイズ : _____	
受取り及び支払い		☐ 本人	☐ 家族 ☐ その他[]
配 送 先	商 品 の 配 送 先	☐ 対象者住所と同じ	
		☐ 下記住所に配送先を変更 (配送先宛名 :)	
		川口市 電話 ()	
	変更理由	☐ 本人による商品の受取りが困難 ☐ 施設に入居しているため ☐ 入院等により不在となるため ☐ その他[]	

独居や認知症等により本人による受取り・支
払いが出来ず、配送先変更を希望する場合
はこちらにご記入ください。

担当課使用欄	
・課税状況	☐ 非課税 ☐ 課税 ()
・必要状況	☐ 要介護4.5 ☐ 介助・見守 ☐ 必要有 ☐ 非該当

現 況 調 書

(対象者氏名：)

記入者

年 月 日

氏名

(続柄・事業所名)

電話

介護 保 険	保険者	☐ 川口市 ☐ その他 [保険者名： 被保番：]							
	要介護度	☐ 未認定 ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1～3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5							
課税状況		☐ 介護保険料所得段階 第 1～5 段階 市県民税 非課税 ☐ 介護保険料所得段階 第 6 段階～ 市県民税 課税							
本 人 状 況	おむつが必要となっている原因	☐ 認知症 ☐ 傷病等 [傷病名：] ☐ その他 [具体的に：]							
	手帳の有無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳							
	ねたきりの状態	☐ いつもねたきり		☐ 食事等を除きねたきり			☐ な し		
	歩 行	☐ 全介助		☐ 一部介助		☐ どうかできる		☐ できる	
	排 泄 (使用状況)	☐ 全介助		☐ 一部介助		☐ 見守り・声かけ		☐ できる	
		☐ おむつ		☐ 尿器・ 差込便器		☐ ポータブルトイレ		☐ トイレ	
主として介護をしている者	☐ 家族		☐ ヘルパー等のサービス事業者			☐ その他 []			
世 帯 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	氏 名	続柄	年齢	職 業	
緊 急 時 の 連 絡 先	氏 名	配達時不在の場合等に、配達員が連絡 をする連絡先をご記入ください。 原則として、こちらに記載された連絡先を 配達業者に通知します。			続柄	交流 有・無			
	住 所				電話番号				
	氏 名	続柄	交流 有・無						
	住 所	電話番号							
特 記 事 項	配達時の注意点がございましたらご 記入ください。 (例：耳が遠いので、何度か呼び鈴を押 してください、玄関まで出るのに時間が								