

ねたきり高齢者等紙おむつ支給申請書

平成 年 月 日

(あて先) 川口市長

申請者 (通知書送付先) 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 対象者との続柄 _____

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。

		受付番号	
対 象 者	住所	川口市 電話 ()	
	フリガナ		
	氏名	男 ・ 女	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 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		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 []
配 送 先	商品の配送先	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ	
		<input type="checkbox"/> 下記住所に配送先を変更	
	川口市 電話 ()		
変更理由		<input type="checkbox"/> 本人による商品の受取り・支払いが困難なため <input type="checkbox"/> 施設に入居しているため <input type="checkbox"/> 入院等により不在となるため <input type="checkbox"/> その他 []	(受付印)

担当課使用欄

現況調査書

(ねたきり高齢者等紙おむつ：長寿支援課申請用)

記入者

平成 年 月 日

氏名

電話

フリガナ

明治
大正 年 月 日生
昭和 (歳)

氏名

本人状況

認知症
[有・無]

- 最近の出来事がわからない 金銭管理ができない
 火の始末管理ができない
 その他[]

歩行

- できない 半介助 どうにかできる できる

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

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[]

身体障害者手帳

- なし あり[種 級]

世帯状況

氏名

続柄

年齢

職業

氏名

続柄

年齢

職業

氏名

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