

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 (通知書送付先)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	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	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		☐ 本人	☐ 家族
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・支払いが困難なため ☐ 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[]	
		(受付印)	

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

(対象者氏名：)

年 月 日

(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		☐ どうかにかできる			☐ 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				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												