

様式第1号（第4条関係）

大田原市高齢者等紙おむつ等給付申請書

大田原市長 様

紙おむつ等の給付について、次のとおり申請します。なお、紙おむつ等の給付申請に係る審査のため、次の5及び7に関する私の状況について、市が調査することに同意します。

氏名		性別	男	申請年月日	年 月 日
			女	生年月日	年 月 日
住所	〒 大田原市		電話番号 —		
1 申請時点での在宅の有無 <u>有・無</u> 2 要介護認定結果 介護度 <u>4・5</u> 被保険者番号 _____ 認定期間 _____ ~ _____ 3 申請時点での紙おむつ等使用状況 _____ 年 _____ 月頃から使用 4 失禁の状態 <u>有・無</u> 5 大田原市障害者紙おむつ等給付 <u>有・無</u> 6 生活保護法又は中国残留邦人法の一時扶助等 <u>有・無</u> 7 施設サービス（入院・ショートステイ含む。） <u>受けている・受けていない</u> 施設、病院名 _____					

○次の中から希望する紙おむつ等の種類（1・2・3）とサイズに○を付けてください。

1	リハビリパンツ（Dタイプ）と尿取りパット（46枚）	サイズ	S（26枚）・M-L（30枚） L-LL（30枚）・XL（20枚）
2	パンツ型紙おむつ（テープ式）と尿取りパット（60枚）	サイズ	S-M（32枚）・M（30枚） M-L（28枚）・L（26枚）
3	フラット型紙おむつ（60枚）と尿取りパット（60枚）		

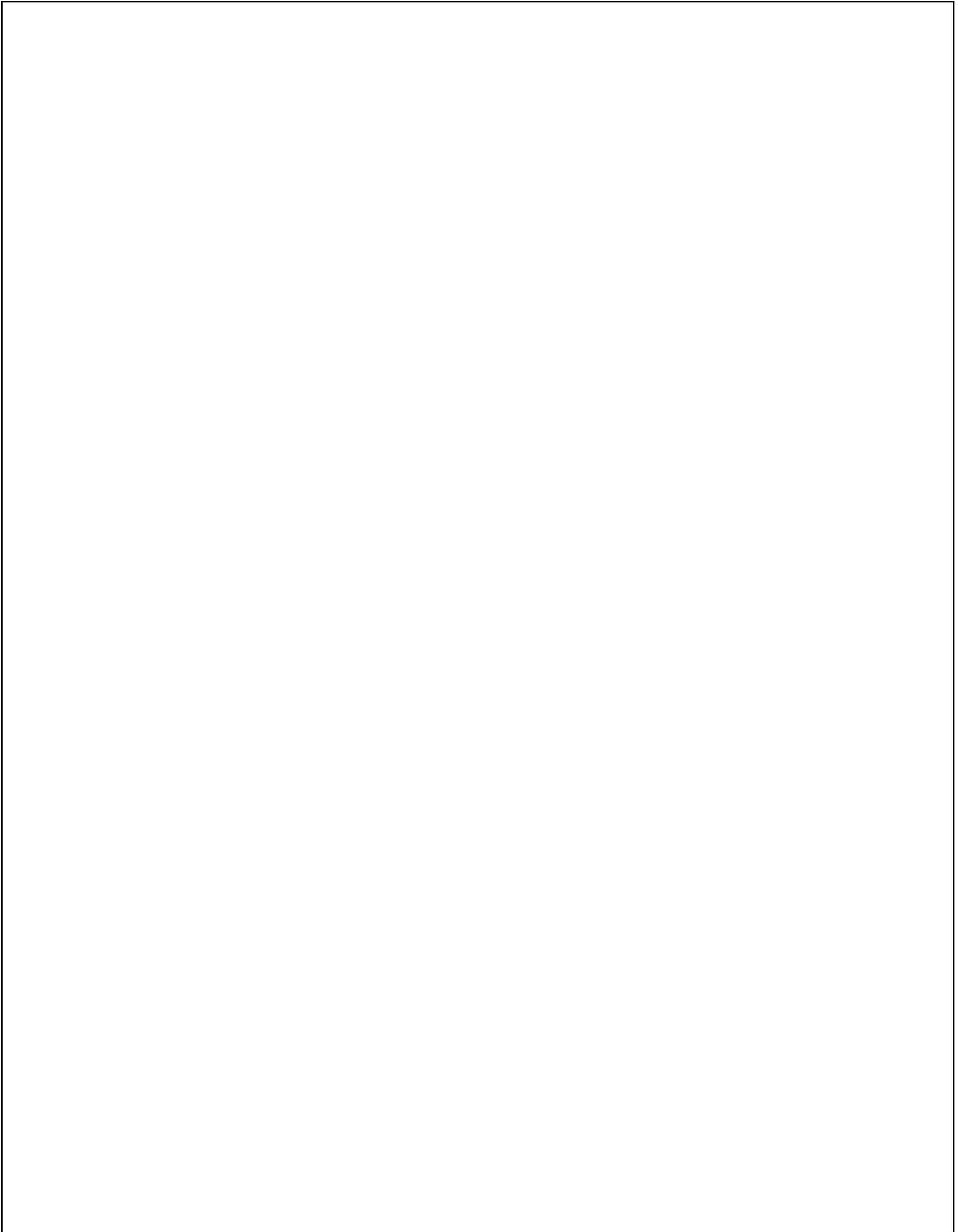
○自宅（配送先）の略図を裏面に記入してください。

窓口届出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		
	<input type="checkbox"/> 家族等		
	<input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 事業所名 _____		
	〒 住所 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____		

※市記載欄

受理年月日	年 月 日	給付決定年月日	年 月 日
審査欄	・該当 ・非該当 ()	決定番号	

自宅（配送先）略図



※自宅（配送先）周辺の道路、目印、公共施設等を記入してください。