

様式第1号（第4条関係）

大田原市障害者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、次の要件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	⑨	性別	男・女	申請年月日	年 月 日
				生年月日	年 月 日
住所	〒 大田原市		電話番号		
1	障害者手帳の種類 身体（ 1級 ・ 2級 ） 療育（ A ・ A1 ・ A2 ）				
2	申請時点での在宅の有無 <u>有</u> ・ <u>無</u>				
3	申請時点での紙おむつ等使用状況 _____年 _____月頃から使用				
4	常時失禁の有無 <u>有</u> ・ <u>無</u>				
5	大田原市高齢者等紙おむつ等給付の有無 <u>有</u> ・ <u>無</u>				
6	日常生活用具費給付事業紙おむつ等給付の有無 <u>有</u> ・ <u>無</u>				
7	生活保護法又は中国残留邦人法の一時的扶助等の有無 <u>有</u> ・ <u>無</u>				
8	施設入所支援（入院及び短期入所を含む。） <u>受けている</u> ・ <u>受けていない</u> 施設又は病院名 _____				

○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(60枚)	サイズ	S(26枚)・M-L(30枚)・ L-LL(30枚)・LL(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(34枚)・M(30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)		

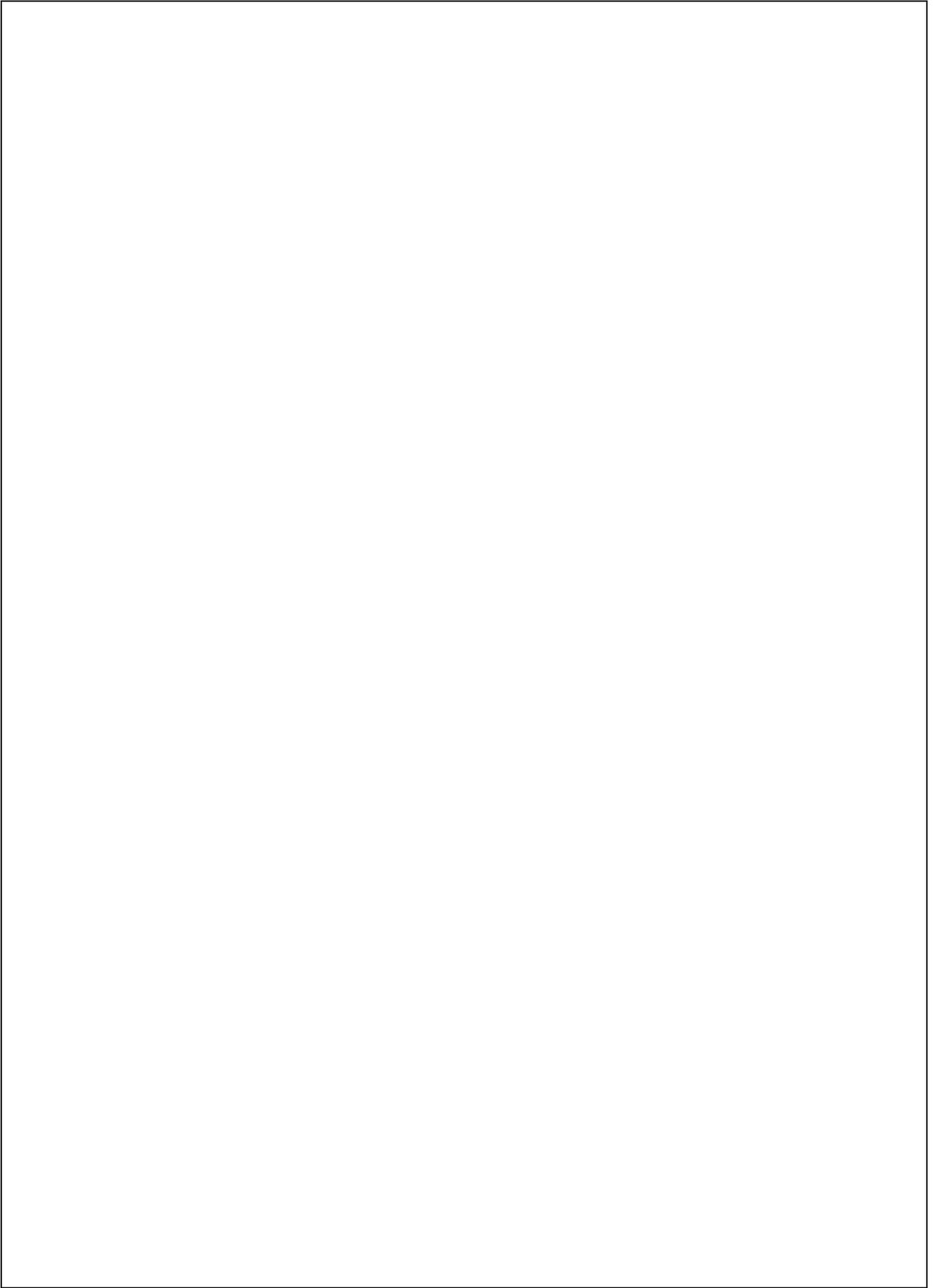
窓口届出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		
	<input type="checkbox"/> 家族等		
	<input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 事業所名		
	住所	氏名	続柄 電話番号

※裏面の自宅（配送先）略図を記入してください。

※市記載欄

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

自宅（配送先）略図



注) 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。