

年 月 日

東かがわ市長 殿

申請者 住所 東かがわ市

氏名 (印)

(対象者との続柄)

電話番号 ( )

### 寝たきり高齢者等紙おむつ給付申請書

紙おむつの給付を受けたいので、東かがわ市寝たきり高齢者等紙おむつ給付事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

また、市が行う住民基本台帳及び市民税の課税所得等の世帯状況調査について、同意するとともに、毎年調査することについても同意します。

寝たきり 高齢者等	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	東かがわ市			
	個人番号				
	要介護認定	要支援 1 2 3 4 5 非該当 未申請	身体障害者手帳	有 (番号 種 級) 無	
世帯 の 状 況	氏名	生年月日	個人番号	対象者との続柄	備考 (対象者に対する介護の状況等)

おむつが必要となった時期	年 月頃 (継続期間 年 月)
寝たきり高齢者等の状況	1 要介護認定において要介護度が3以上と認定された在宅の者 2 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準でランクB又はCと認められるおおむね65歳以上の在宅の者 3 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準でランクⅢ以上を認められるおおむね65歳以上の在宅の者 4 重度の身体障害のため、自ら移動することができない在宅の身体障害者
証明欄 ※ 民生委員、保健師、介護支援専門員等の確認を受けてください。	上記内容を証明します。 年 月 日 証明者職氏名 印