

紙おむつ等支給申請書

年 月 日

社会福祉法人知立市社会福祉協議会長 様

申請者（受給資格者） 住 所
氏 名

下記のとおり申請します。

受給資格者	住 所	知立市		
	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	電話番号	—	担当居宅介護支援事業所	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)		
	身体状況	要介護度 4 ・ 要介護度 5	住民税課税状況	課税世帯 ・ 非課税世帯
※ 希望する紙おむつ等の種類を <u>1つ</u> 選んでください。				○印
フラットタイプ		60枚		
パンツタイプ（2回吸収）	S サイズ	22枚		
	M サイズ	20枚		
	L サイズ	18枚		
	LL サイズ	16枚		
パンツタイプ（4回吸収）	M サイズ	20枚		
	L サイズ	18枚		
テープ止めタイプ	S サイズ	22枚		
	M サイズ	15枚		
	L サイズ	13枚		
尿とりパッド	90枚			

◎住民税課税状況を市長が公簿等で確認することに同意します。

年 月 日 氏 名 _____

※こちらをあわせてご記入ください。

花 の 配 付 希 望	希望する ・ 希望しない
-------------	--------------

花の配付の際、(有)清香園（住所：知立市東上重原5丁目30）に受給資格者氏名、住所、電話番号を提供することに同意します。

年 月 日 氏 名 _____

【地域包括支援センター職員記入欄】 ※身体状況が「要介護度4・5」以外の場合は、記入が必要となります。

備考	適 当 ・ 不 適 当	地域包括支援センター職員氏名	
----	-------------	----------------	--

【届出人】 ※申請者と届出人が異なる場合は、記入が必要となります。

住所（又は事業所名）		氏 名	
申請者との続柄		電 話	

