

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		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他[ ]
配 送 先	商 品 の 配 送 先	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ	
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人による商品の受取り・支払いが困難なため <input type="checkbox"/> 施設に入居しているため <input type="checkbox"/> 入院等により不在となるため <input type="checkbox"/> その他[ ]	(受付印)

担当課使用欄			
・課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税 ( )	
・必要状況	<input type="checkbox"/> 要介護4.5	<input type="checkbox"/> 介助・見守	<input type="checkbox"/> 必要有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> その他 [ 保険者名 : _____ 被保番 : _____ ]						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1～3						
		<input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5						
課税状況		<input type="checkbox"/> 介護保険料所得段階 第 1 ～ 5 段階 市県民税 非課税 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 傷病等 [ 傷病名 : _____ ] <input type="checkbox"/> その他 [具体的に : _____]						
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳						
	ねたきりの状態	<input type="checkbox"/> いつもねたきり		<input type="checkbox"/> 食事等を除きねたきり			<input type="checkbox"/> な し	
	歩行	<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> どうにかできる		<input type="checkbox"/> できる
	排泄 (使用状況)	<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 見守り・声かけ		<input type="checkbox"/> できる
		<input type="checkbox"/> おむつ		<input type="checkbox"/> 尿器・ 差込便器		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ		<input type="checkbox"/> トイレ
主として介護をしている者	<input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> ヘルパー等のサービス事業者			<input type="checkbox"/> 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								