

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

申請者あてに支給決定の
通知書を送付します。

申請者
(通知書送付先)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

事業者の方は事業者名
も記入ください。

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	別紙の製品一覧に記載されている 商品番号・サイズをご記入ください。 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 <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[]	

独居や認知症等により本人による受取り・支
払いが出来ず、配送先変更を希望する場合
はこちらにご記入ください。

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

