

紙おむつ給付申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
熊谷市社会福祉協議会
会長 あて

申請者 氏名 (印) 続柄()
〒()
住所
電話 ()

社会福祉法人熊谷市社会福祉協議会紙おむつ給付事業実施要綱第3条の規定により
紙おむつの給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

対象者	ふりがな	生 年 月 日		
	氏 名	(男・女)	年	月 日(歳)
	住 所	熊谷市	自宅電話	()
			緊急連絡先	()
本人の状態	<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 身障1 <input type="checkbox"/> 身障2 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 療育A			
添付書類	介護保険証㊟ ・ 身体障害者手帳㊟ ・ 療育手帳㊟ ・ その他			
配達先 ※申請者と対象者の住所が異なる場合記入	熊谷市			
居宅介護支援事業所等 ※契約している場合記入	事業所名			
	介護支援専門員(ケアマネ)			
①から③の希望の番号に○をつけてください				
① 紙おむつのみ		② 尿とりパッドのみ		③ 紙おむつ + 尿とりパッド
カタログより希望の番号を記入してください				
<input type="checkbox"/> 紙おむつのみ				
<input type="checkbox"/> 尿とりパッドのみ				
<input type="checkbox"/> 紙おむつ + 尿とりパッド				
生活状態	<input type="checkbox"/> 月の半分以上市内での在宅生活	<input type="checkbox"/> 日中、独居及び高齢夫婦のみ		
	<input type="checkbox"/> 単身世帯	<input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯		
	<input type="checkbox"/> ヘルパー利用 ()	<input type="checkbox"/> デイサービス利用 ()		
配達時刻	<input type="checkbox"/> 希望あり 平日の9:00~17:30の間() <input type="checkbox"/> 希望なし ※希望に添えない場合もあります。			
民生委員意見欄				
.....				
.....				
<input type="checkbox"/> 給付できない場合は連絡を希望します。				
年 月 日 第 民協一		民生委員名		(印)