

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

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			年 月 日(歳)	
	住 所	〒 熊谷市			
	連絡先	自宅: ()		緊急連絡先: ()	
本人の状態		☐ 要介護5 ☐ 要介護4 ☐ 身障1 ☐ 身障2 ☐ 療育④ ☐ 療育A			
添付書類		☐ 介護保険証⑤ ☐ 身体障害者手帳⑤ ☐ 療育手帳⑤			
認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
配 達 先 ※対象者の住所と異なる場合		住所:熊谷市		氏名	
居宅介護支援事業所 ※契約している場合		事業所名			
		介護支援専門員			
①～③を選び、 受給希望の カタログ番号を 記入	① 紙おむつのみ		カタログ番号:		
	② 尿とりパッドのみ		カタログ番号:		
	③ 紙おむつ + 尿とりパッド		カタログ番号: +		
生活 状 態	☐ 月の半分以上を在宅生活		☐ 日中、独居及び高齢夫婦のみ		
	☐ 単身世帯		☐ 高齢夫婦世帯		
	☐ ヘルパー利用(曜日:)		☐ デイサービス利用(曜日:)		
配達 時刻	☐ 希望あり 平日の9:00～17:30の間() ☐ 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					
☐ 給付できない場合は連絡を希望します。 年 月 日					
第 民協- 民生委員名					