様式第1号(第3条関係)

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 氏名		生年月日 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Ⓐ　☐ 療育A		
添付書類		☐ 介護保険証㊢　☐ 身体障害者手帳㊢　☐ 療育手帳㊢		
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。		
同意事項		☐ 本事業の申請について、担当地区の民生委員へ情報共有することに同意します。 ※同意される場合は、チェックをお願いします。		

二次元コードから申請可