

年 月 日

取手市長 殿

収 受

申請者 住 所

氏 名

電 話

続 柄

在宅要介護高齢者及び重度障害者紙おむつ支給申請書

紙おむつの支給を受けたいので、取手市在宅要介護高齢者及び重度障害者紙おむつ支給要綱第5条の規定により申請します。

記

対象者	氏 名		
	生年月日	大正・昭和	年 月 日(歳)
	住 所	(〒 -) 取手市 配達先 対象者・申請者・その他取手市内のみ(取手市)	
要介護認定の結果	認定日	年 月 日 (要介護度)	
	認知症	(有 ・ 無)	
手帳交付状況	療育手帳 第 号 程度		
	身体障害者手帳番号 第 号	・種別等級 種 級	・障害名
おむつを使用するようになった時期		年 月から	
現在のおむつの使用状況	ア)常時使用 イ)夜間のみ使用 ウ)その他()		
紙おむつの種類 希望する品目1つを選び、番号に ○ をつけてください			
フラットタイプ	① サルバ LLD		
テープ止め紙おむつ	③ サルバ 安心Wフィット S~M		⑬ ライフリー 横モレ安心テープ止め S
	④ サルバ 安心Wフィット M		⑭ ライフリー 横モレ安心テープ止め M
	⑥ サルバ 安心Wフィット L		⑯ ライフリー 横モレ安心テープ止め L
			⑰ ライフリー 横モレ安心テープ止め LL
パンツタイプ紙おむつ	⑧ サルバ やわ楽パンツ しっかり長時間 M~L		⑨ ライフリー リハビリパンツスーパー S
			⑩ ライフリー リハビリパンツスーパー M
	⑪ サルバ やわ楽パンツ しっかり長時間 L~LL		⑫ ライフリー リハビリパンツスーパー L
尿とりパッド			⑬ ライフリー リハビリパンツスーパー LL
	⑭ サルバワイドパッド ニューノーマル男女共用		⑮ ライフリー 尿とりパッド
	⑱ サルバ ぐっすりパッド スーパー		⑯ ライフリー 一晩中お肌あんしん尿とりパッド (吸収目安 4回)
			⑳ ライフリー 一晩中お肌あんしん尿とりパッド (吸収目安 6回)

当該申請の支給決定に当たり、私の個人情報(住民情報、課税情報、介護保険情報等)について調査することに同意します。

(記名) 対象者氏名

6 年 4 月 10 日

取手市長 殿

収 受

申請者 住 所 **取手市寺田5139**
 氏 名 **取手 一郎**
 電 話 **0297-74-2141**
 続 柄 **子**

申請者は対象者本人か家族の方となります。

在宅要介護高齢者及び重度障害者紙おむつ支給申請書

紙おむつの支給を受けたいので、取手市在宅要介護高齢者及び重度障害者紙おむつ支給要綱第5条の規定により申請します。

記

対象者	氏 名	取手 太郎		
	生年月日	大正・ 昭和 3 年 4 月 5 日 ()		
	住 所	(〒 300 - 1512) 取手市 藤代700 配達先 対象者 ・ 申請者 ・ その他取手市内のみ(取手市)		
要介護認定の結果	認定日	3 年 2 月 20 日 (要介護度 3)		
	認知症 (有・無)	有 要介護認定を受けている方は記入してください		
手帳交付状況	療育手帳 第	号		
	身体障害者手帳番号 第 号	・ 種別等級	種	1 級
おむつを使用するようになった時期		2 年		
現在のおむつの使用状況	ア 常時使用 イ)夜間のみ使用 ウ)その他			
紙おむつの種類 希望する品目1つを選び、番号に ○ をつけてください				
フラットタイプ	① サルバ LLD			
テープ止め紙おむつ	③ サルバ 安心Wフィット S~M		⑬ ライフリー 横モレ安心テープ止め S	
	④ サルバ 安心Wフィット M		⑭ ライフリー 横モレ安心テープ止め M	
	⑥ サルバ 安心Wフィット L		⑯ ライフリー 横モレ安心テープ止め L	
	⑧ サルバ 安心Wフィット LL		⑰ ライフリー 横モレ安心テープ止め LL	
パンツタイプ紙おむつ	⑨ ライフリー リハビリパンツスーパー S		⑩ ライフリー リハビリパンツスーパー M	
	⑪ ライフリー リハビリパンツスーパー L		⑫ ライフリー リハビリパンツスーパー L	
	⑬ ライフリー リハビリパンツスーパー LL		⑭ ライフリー リハビリパンツスーパー LL	
尿とりパッド	⑭ サルバワイドパッド ニューノーマル男女共用		⑮ ライフリー 尿とりパッド	
	⑯ サルバ ぐっすりパッド スーパー		⑰ ライフリー 一晩中	
			⑱ ライフリー 一晩中	

配達先に○または配達先をご記入ください

要介護認定を受けている方は記入してください

手帳をお持ちの方は記入してください

ご希望の品目に○印をつけてください
1回の配達でお届けできるのは1種類のみです

対象者のお名前を記入してください

当該申請の支給決定に当たり、私の個人情報(住民情報、課税情報、介護保険情報等)について調査することに同意します。
 (記名) 対象者氏名 **取手 太郎**