

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
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	
			⑬ 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 Rパッド		⑮ ライフリー 尿とりパッド	
	⑱ サルバ あて楽パッド 朝まで1枚夜用スーパー		⑲ ライフリー 一晩中お肌あんしん尿とりパッド	

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

5 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 (94)	
	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	1 年 2 月 20 日 (要介護度 3)	
	認知症 (有 ・ 無)	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		
	身体障害者手帳番号	種 級	
おむつを使用するようになった時期		2	
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		
	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 Rパッド		⑮ ライフリー 尿とりパッド
	⑯ サルバ あて楽パッド 朝まで1枚夜用スーパー		⑰ ライフリー 一晩中お肌あん

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)に同意します。
 (記名) 対象者氏名 **取手 太郎**