紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

住 所
申 請 者 氏 名
電 話
対象者との関係

令和 年度の紙おむつの支給を受けたいので、函南町ねたきり老人等紙おむつ支給事業実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。また、支給を受ける際には、対象者世帯の住民税及び生活保護に関する情報を函南町が調査することに同意します。

記

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	要 介 護 度		認定の有効期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日
	施設等への入所	入院中・入所中（施設名等）		
介 護 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	対象者との関係			
申 請 理 由	1. 寝たきりのため。 2. トイレに間に合わないため。 3. その他（具体的に）			

町記入欄

世帯の種別	生保 ・ 課税 ・ 非課税		支給限度枚数	枚	
今回支給枚数	枚	支給枚数累計	枚	支給残枚数	枚
生活状況	聞き取り ☐ 函南町で居住している ☐ 入院・入所していない システム確認 ☐ 住民登録が函南町 ☐ 入所していない				

希望する紙おむつの種類	1. テープタイプ M (H75~106cm) 箱 袋 (枚) (1袋 24枚・1箱 96枚)
	2. テープタイプ L (H85~131cm) 箱 袋 (枚) (1袋 24枚・1箱 96枚)
	3. パンツタイプ S (W50~70cm) 箱 袋 (枚) (1袋 24枚・1箱 144枚)
	4. パンツタイプ M (W60~90cm) 箱 袋 (枚) (1袋 22枚・1箱 132枚)
	5. パンツタイプ L-L L (W80~140cm) 箱 袋 (枚) (1袋 20枚・1箱 120枚)
	6. フラットタイプ (30×72cm) 箱 袋 (枚) (1袋 30(10)枚・1箱 240(80)枚)
	7. 尿とりパット (21×48cm) 箱 袋 (枚) (1袋 30(10)枚・1箱 300(100)枚)
	8. 尿とりパット (夜間用) (26×56cm) 箱 袋 (枚) (1袋 32枚・1箱 192枚)

※・Hはヒップサイズ、Wはウエストサイズです。

・フラットタイプ、尿とりパット（夜間用は除く）は3枚で紙おむつ1枚分と数えます。

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

紙おむつ支給申請書

申請者はご本人様もしくはご家族様等でお願ひします。申請者の方へは紙おむつ支給限度枚数決定通知書を送付しますが、申請者の方以外への通知書の送付を希望される場合は、ご希望の送付先住所等を申請書余白へご記入ください。

令和6年4月1日

住所 函南町平井 717-13

申請者

氏名 函南 花子

電話 055-979-8126

対象者との関係 長女

令和6年度の紙おむつの支給を受けたいので、函南町ねたきり老人等紙おむつ支給事業実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。また、支給を受ける際には、対象者世帯の住民税及び生活保護に関する情報を函南町が調査することに同意します。

記

対象者	氏名	函南 太郎	生年月日	昭和12年5月5日
	住所	函南町平井 717-13		
	要介護度	3	認定の有効期間	令和5年10月1日 ～令和7年9月30日
	施設等への入所	入院中・入所中（施設名等）		
介護者	氏名	函南 花子	生年月日	昭和37年12月1日
	住所	函南町平井 717-13		
	対象者との関係	長女		
申請理由	1. 寝たきりのため。 2. トイレに間に合わないため。 3. その他（具体的に）			

町記入欄

世帯の種別	生保 ・ 課税 ・ 非課税			支給限度枚数	枚
今回支給枚数	枚	支給枚数累計	枚	支給残枚数	枚
生活状況	聞き取り システム確認		☐ 函南町で居住している ☐ 住民登録が函南町	☐ 入院・入所していない ☐ 入所していない	