

高齢者紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

文京区長 殿

以下のとおり紙おむつの支給を申請します。

| | | | | |
|-----|------|---|-----------|--|
| 申請者 | 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| | フリガナ | | 支給対象者との続柄 | |
| | 氏名 | | | |

* 本人又は親族のみ申請できます。

* 支給対象者が申請者本人の場合は、住所、氏名及び電話番号の記入は不要です。

| | | | | |
|-------|------|------------|------|-------|
| 支給対象者 | 住所 | 〒 | | |
| | フリガナ | マンション名等（ ） | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日（ 歳） |

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 現在の状況 * 該当する箇所に○をしてください。 | 1 在宅 ⇒ （ 自宅 ・ 有料老人ホーム ・ グループホーム ・ その他 ） 2 医療機関に入院中（療養型病床等を除く。） |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------|------------------------|
| 自宅以外の場合 名称等 | (名称) (住所) (電話番号) |
|----------------|------------------------|

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 身体状況 * 該当する箇所に○をしてください。 | 1 現在の生活の状況 | 1 日中横になっている 食事等以外でも座位又は立位の時間がある | 食事・排泄・入浴以外は横になっている 日中は座位又は立位がとれる |
| | 2 認知症の有無 | あり ・ なし | |
| | 3 おむつの使用状況 (1日当たり) | 1～2枚程度 | 3～4枚程度 |

| | |
|-------|-------------------------------------------------|
| 要介護認定 | 要介護（ ） 認定の有効期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで 申請中・未申請 |
|-------|-------------------------------------------------|

| | |
|--------|-----------|
| 生活保護受給 | 1 なし 2 あり |
|--------|-----------|

| | |
|--------------------------|-----------|
| 身体障害者手帳 又は 愛の手帳の有無 | 1 なし 2 あり |
|--------------------------|-----------|

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 要介護認定又は要支援認定に係る申請状況及び調査内容、文京区介護認定審査会の判定結果及び意見並びに主治医の意見書の閲覧に同意します。 介護保険法第9条第2号に規定する第二号被保険者である場合、身体障害者手帳及び愛の手帳の取得情報を確認することに同意します。 | 受付者 |
| 令和 年 月 日 支給対象者氏名 (※) (※) 本人が署名できないときは、本人氏名を代筆の上、押印してください。 | |

* 本人、親族以外が書類提出する場合、以下を記入

| | | |
|------|--------|----------|
| 書類提出 | (事業所名) | (電話番号) |
| | (氏名) | (本人との関係) |

紙おむつ受付用紙

| | | | |
|------------------------------------------|---------------------------------|-----|-------------------|
| 支給対象者氏名: | | | |
| 配送先 | いずれかに○を ⇒ ・ 本人 ・ 申請者 ・ その他(下記へ) | | 表札(あり ・ なし) |
| ※文京区内及び都内の病院以外への配送は配送料(500円・900円)がかかります。 | (住所・名称) | | |
| | (TEL) | () | |
| 不在時の対応 | ・ (玄関先 /) に置いて行く | | ※区外へ配送の場合、玄関先等は不可 |
| | ・ 業者が持ち帰り、再度配送する | | |
| 連絡事項(※) | | | |

(※)おむつの配送先と異なる住所へ、請求書の送付をご希望される場合は、「①請求書送付住所、②氏名、③電話番号」をご記入ください。

『高齢者紙おむつ支給事業のご案内』のパンフレットを見ながら記入してください。

| 【テープ付パンツ型】 | 商品番号 | サイズ | 1袋点数 | 希望袋数 | 点数 |
|------------|------|---------|------|------|----|
| | 6101 | S | 26 | | |
| | 6102 | M | 26 | | |
| | 6103 | L | 26 | | |
| | 6104 | S | 24 | | |
| | 6105 | M | 19 | | |
| | 6106 | L | 22 | | |
| | 6110 | S | 20 | | |
| | 6107 | M | 20 | | |
| | 6108 | L | 20 | | |
| | 6109 | LL | 20 | | |
| 【尿とりパッド】 | 商品番号 | 規格 | 1袋点数 | 希望袋数 | 点数 |
| | 6401 | 共用 | 15 | | |
| | 6402 | 共用 | 6 | | |
| | 6403 | 共用 | 11 | | |
| | 6411 | 共用 | 11 | | |
| | 6416 | 共用 | 11 | | |
| | 6404 | 共用 | 12 | | |
| | 6405 | 共用 | 18 | | |
| | 6412 | 男性用 | 11 | | |
| | 6413 | 女性用 | 11 | | |
| | 6414 | 共用 | 16 | | |
| | 6415 | 共用 | 13 | | |
| | 6410 | 共用 | 8 | | |
| 【フラット型】 | 商品番号 | サイズ | 1袋点数 | 希望袋数 | 点数 |
| | 6202 | 60×90cm | 18 | | |

| 【パンツ型】 | 商品番号 | サイズ | 1袋点数 | 希望袋数 | 点数 |
|--------|------|------|------|------|----|
| | 6301 | S | 19 | | |
| | 6333 | M-L | 15 | | |
| | 6334 | L-LL | 15 | | |
| | 6307 | S | 19 | | |
| | 6308 | M | 19 | | |
| | 6309 | L | 19 | | |
| | 6310 | LL | 19 | | |
| | 6311 | M-L | 22 | | |
| | 6312 | L-LL | 22 | | |
| | 6313 | M | 16 | | |
| | 6314 | L | 16 | | |
| | 6315 | M | 16 | | |
| | 6316 | L | 16 | | |
| | 6317 | S | 18 | | |
| | 6318 | M | 18 | | |
| | 6319 | L | 18 | | |
| | 6320 | XL | 20 | | |
| | 6321 | S | 19 | | |
| | 6322 | M | 18 | | |
| | 6323 | L-LL | 17 | | |
| | 6324 | S | 19 | | |
| | 6325 | M | 19 | | |
| | 6326 | L | 19 | | |
| | 6327 | LL | 19 | | |
| | 6328 | M-L | 15 | | |
| | 6329 | L-LL | 15 | | |
| 6330 | S | 20 | | | |
| 6331 | M | 19 | | | |
| 6332 | L-LL | 18 | | | |
| 6335 | M | 15 | | | |
| 6336 | L | 15 | | | |
| 6916 | SS | 21 | | | |
| 6337 | 3L | 24 | | | |

| | | |
|-------------|--|---|
| 合計点数 | | 点 |
| 45点を超える点数 A | | 点 |

| | | | |
|-------|--------------|-----|------|
| 基本料金 | 追加負担金 A×100円 | 配送料 | 合計金額 |
| 500 円 | 円 | 円 | 円 |