

様式第 1 号

堺市高齢者紙おむつ給付申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者 住所

氏名

(対象者との続柄)

電話番号

(申請者が自署しない場合は、
記名押印をしてください。)

次のとおり、堺市高齢者紙おむつ給付事業実施要綱第 3 条の規定に基づき、紙おむつの給付を申請します。なお、住民基本台帳の確認及び課税状況並びに要介護度の調査について同意します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	堺市	電話番号	
区分	<input type="checkbox"/> 紙おむつの給付を申請 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名)			
現在のよう な状態にな った日	年 月 日 (頃)	主たる 理由	ア 脳血管疾患 イ 高齢による衰弱 ウ 転倒・骨折 エ 関節疾患 オ 認知症 カ その他 ()	
要介護認定	要介護度 4 5 認定期間 年 月 日 年 月 日	身体 障害者 手帳	1 有 (級) 障害名 () 2 無	
主な介護者	氏名	対象者からみた 続柄又は関係		