

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世帯員全員の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	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	堺市		電話番号		
使用状況	<input type="checkbox"/> 自宅等で紙おむつを使用			要介護認定	要介護度 4 5 認定期間 年 月 日 年 月 日	
区分	<input type="checkbox"/> 在宅					
	<input type="checkbox"/> 施設入居中	種別	サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・グループホーム・その他 () ※介護保険施設に入所中の場合は対象外			
		施設名				
		住所				
電話番号						
おむつ給付券 送付先	<input type="checkbox"/> 申請者					
	<input type="checkbox"/> 対象者 (※上記「区分」が「施設入居中」の場合は入居中の施設に送付)					
	<input type="checkbox"/> その他	フリガナ			対象者との続柄	
		氏名				
住所						
電話番号						
連絡先	フリガナ			対象者との続柄		
	氏名					
	電話番号			特記事項		