

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	☐ 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	☐ 在宅				
	☐ 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	☐ 申請者				
	☐ 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)				
	☐ 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		