

## 紙オムツ支給申請書

年 月 日

社会福祉法人 寄居町社会福祉協議会長 様

住所

申請者(世帯主) 氏名

印

電話

社会福祉法人寄居町社会福祉協議会紙オムツ支給事業実施要綱第3条第1項の規定により、下記のとおり紙オムツの支給を受けたいので申請します。

## 記

## 1. 紙オムツ利用者(在宅にて介護を受けている者)

住所

氏名

電話

生年月日

年

月

日

いずれかに○

A=介護保険で要介護1～要介護5の方

…要:介護保険証写し

B=重度障がい者(児)で身体障害者手帳1～2級の方

…要:身体障害者手帳写し

C=常時失禁状態の3歳以上で療育手帳(A)またはAの方

…要:療育手帳写し

D=該当外で常時失禁状態にあり、オムツが特に必要と認められた方

…要:医療機関の診断書

## 2. 主な介護者

利用者との続柄

氏名

## 3. 要介護状態(常時失禁状態等)となった

年 月

年

月頃

## 主な原因

## 4. 支給を希望する品目(いずれか1つを選択し、サイズ・希望欄に○印をつけてください)

品 目	2ヶ月分の数量	サイズ	希望欄
①シート式紙オムツ	120枚		
②マジックテープ式紙オムツ	S=57 M=50 L=43	S・M・L	
③尿とりパット	通常=150枚 夜用=90枚	通常・夜用	
④リハビリパンツ式紙オムツ	S=44 M=40 L=36 LL=32	S・M・L・LL	

## [民生委員確認欄]

上記について、申請通りであり、支給対象とすることが適当であると認めます。

年 月 日

地区 民生委員

印

\*ここに記載された内容は、寄居町社会福祉協議会が実施する在宅福祉サービス事業以外には使用いたしません。