

五條市長 殿

申請者	住 所	
	氏 名	
	要介護者との続柄	
	電 話	

家族介護用品（紙おむつ等）給付申請書

下記のとおり家族介護用品（紙おむつ等）の支給を受けたいので申請します。

要介護者	住 所	五條市	要介護度	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	氏 名			
	要介護3 の場合	排尿（介助・見守り等） 排便（介助・見守り等）		
	生年月日	年 月 日	世帯の 課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
主になる介護者	住 所	五條市		
	氏名		要介護者 との続柄	
	電話		世帯の 課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
紙おむつ ※	下記から1種類又は※の中から2種類お選びください。 なお、2種類選んだ場合の支給枚数は、それぞれ半分の枚数となります。			
	<input type="checkbox"/> フラットタイプ			
	<input type="checkbox"/> テープ式パンツタイプ		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	
	<input type="checkbox"/> リハビリパンツタイプ		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL	
	<input type="checkbox"/> 尿取りパッド		—	
<input type="checkbox"/> 尿取りパッド(ワイドタイプ)		—		
介護保険料納付状況	1 納付している（ 年 月まで）		2 納付していない	
身体障がい者手帳による 紙おむつ受給の有無	1 受けている		2 受けていない	
生活保護受給の有無	1 受けている		2 受けていない	
同 意 書				
関係職員が私（要介護者）及び主になる介護者の世帯に係る住民基本台帳、課税台帳及び介護保険 の情報を収集することに同意します。				
		住 所	五條市	
		氏 名		

※家族介護用品（紙おむつ等）の給付は在宅介護の方が対象です。