

五條市長 殿

住 所	
氏 名	
対象者との続柄	
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	(電話)		
	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
紙おむつ	<input type="checkbox"/> テープ式パンツタイプ (月 60枚)	<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 (月 30枚)	<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 (月240枚)	—		
	<input type="checkbox"/> フラットタイプ (月120枚)			
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			

※種類を2種類選んだ場合は支給枚数は、それぞれ半分の枚数となります。

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、課税台帳及び私の介護認定状況等の対象要件の確認に必要な事項を閲覧することに同意します。

住 所	五條市
氏 名	