

五條市長 殿

|          |  |
|----------|--|
| 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                                     | (電話 )        |  |  |
|                          | 要介護3<br>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<br>課税状況  | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税                         |
| 紙おむつ                     | <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<br>紙おむつ支給の有無 | 1 受けている      2 受けていない                   |              |  |  |
| 生活保護による<br>紙おむつ支給の有無     | 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 |     |