

名張市紙おむつ等給付事業利用申請書

年 月 日

名張市長 宛て

申請者	住所	〒 ー		電話	( )	
	氏名			印	続柄 ( )	
提出代行者 (事業所名等)					担当者	

名張市が実施する紙おむつ等給付事業を利用したいので、次のとおり申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
利用対象者 氏名			性別	男 ・ 女	
			介護保険被保険者番号		
利用対象者 住所	〒 ー		電話 ( )		
配達先 <small>※上記と異なる場合 記入（市内のみ）</small>	〒 ー		電話 ( )		
要介護状態区分	1・2・3・4・5	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
主たる介護者	氏名		続柄		生年月日 年 月 日
失禁状態となっ ている原因	※ 身体機能の衰弱、心身の障害、傷病などの理由を記載				
おむつ使用時期	年 月 頃 から常時のおむつ使用を開始				
希望の種類 <small>※1～5のいずれ かに○を記入 (1～3を選んだ 場合はサイズ・ タイプにも○を 記入のこと。)</small>	1. パンツタイプ 【サイズ ➡ S ・ M ・ L ・ LL ・ XL】 2. テープタイプ 【サイズ ➡ S ・ M ・ L】 3. 尿取りパッド 【タイプ ➡ 男女兼用 ・ 多量タイプ】 4. フラットタイプ                      5. 大人用おしりふき				
※奇数・偶数月で 種類が異なる場 合のみ右に記入	奇 数 月	種類・サイズ		偶 数 月	種類・サイズ
備考					

※右記は名張市記入     利用を認める（登録番号\_\_\_\_\_）     利用を認めない