

第1号様式（第4条関係）

紙おむつ等給付事業申請書

年 月 日

（宛先）津市長

住所
申請者 氏名
電話

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。

次のとおり紙おむつ等の給付を受けたいので申請します。

在宅 高齢者	住所	〒 ー					
	ふりがな					性別	男 ・ 女
	氏名						
	生年月日	年 月 日（ 歳）					
	要介護度			介護保険被保険者番号	20100		
同居 の 家族	氏名	続柄	年齢	住所	職業	備考	
紙おむつ等を使用し始めた時期			年 月 日				
紙おむつ等を必要とする理由			1 寝たきり 2 認知症 3 その他（ ）				
希望する給付内容			1 テープタイプ 2 リハビリパンツ 3 尿とりパッド				
備考							

承 諾 書

年 月 日

津 市 長

住所
利用者
氏名

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。

津市の高齢者福祉サービス（紙おむつ等給付事業）を利用するに当たり、必要があるときは、申請書及び調査時の聞き取り内容、相談内容、介護保険情報や利用者に係る市民税の課税状況等の個人情報について関係部局に報告を求め、利用者の安全確保及びサービス向上のため、津市が委託する事業所及び実施機関等の関係機関へ提供することについて承諾します。

紙おむつ等給付事業・コース選択票

住所	津市		
氏名		連絡先氏名	
電話		連絡先電話	

コース	種 類	サイズ又はコースを選んで ○を記入してください。			
1	紙おむつ	S	M	L	LL
2	リハビリパンツ	S	M	L	XL 3L
3	尿取りパッド昼用				
4	紙おむつ +尿取りパッド昼用	S	M	L	LL
5	リハビリパンツ +尿取りパッド昼用	S	M	L	XL 3L
6	紙おむつ +リハビリパンツ	S	M	L	LL
	紙おむつ +リハビリパンツ	S	M	L	XL 3L
7	紙おむつ +尿取りパッド夜用	S	M	L	LL
8	尿取りパッド昼用 +尿取りパッド夜用				
9	紙おむつ +尿取りパッド昼用 +尿取りパッド夜用	S	M	L	LL
10	尿取りパッド夜用				
11	リハビリパンツ +尿取りパッド夜用	S	M	L	XL 3L