

紙おむつ購入費助成事業利用申請書

利用者に関する内容	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳	
	住所	東温市 番地 電話 (-)			
	身体の状態	寝たきり ・ 虚弱 ・ 認知症 ・ 肢体不自由 ・ その他()			
	要介護度	要介護度	2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	障がい支援区分	支援区分	3 ・ 4 ・ 5 ・ 6		
	担当のケアマネージャー 担当の障がい者相談員	事業所 氏名			
使用している紙おむつの内容	紙おむつの種類及び1ヶ月の使用量	おむつの種類	数量	サイズ	メーカー名
		おむつ (テープ止め)			
		平おむつ (フラット)			
		はくパンツ			
		尿パット (昼用)			
		尿パット (夜用)			

購入希望業者（ご希望の業者があれば○をつけて下さい。）

<input type="checkbox"/>	西日本商事 株式会社 やすらぎ	<input type="checkbox"/>	株式会社 アトム商事
<input type="checkbox"/>	株式会社 トーカイ	<input type="checkbox"/>	株式会社 フロンティア
<input type="checkbox"/>	株式会社 ヤエス	<input type="checkbox"/>	

※ 他制度との併用不可。

上記の内容で、常時紙おむつを使用しているのので、紙おむつ購入費助成事業を申請します。

東温市社会福祉協議会長 様

提出日 平成 年 月 日

申請者 住 所 東温市

氏 名

Ⓜ (続柄:)

電話番号 () -

(日中に連絡の取れる番号を記入してください。)

紙おむつ購入費助成事業は、地域の皆様からいただいた「まごころ銀行」の寄付金を財源としています。

ここまで記入したら、東温市社会福祉協議会に提出してください。

民生児童委員副申欄

担当地区民生児童委員名	印
-------------	---

決 裁	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係