

松阪市寝たきり高齢者等紙オムツ給付事業申請書

年 月 日

（宛先）松阪市長

以下の項目に同意の上、次のとおり紙オムツの給付を申請します。

- （1）給付対象者の個人情報を配達する事業所に提供すること。
- （2）松阪市寝たきり高齢者等紙オムツ給付事業の利用決定のために、私の世帯の課税及び所得状況等必要事項の調査をし、その他の関係人に報告を求めること。
- （3）申請者に対し寝たきり高齢者等紙オムツ給付事業給付決定通知書、または給付出来ないと認めたときは、その理由を附し寝たきり高齢者等紙オムツ給付事業給付却下通知書を通知すること。
- （4）申請者に紙オムツ配達などについての連絡をすること。
- （5）給付対象者が入院または入所した場合は、松阪市に連絡をすること。

申請者	フリガナ		電話番号	
	氏 名	(署名又は記名押印)	対象者との続柄	
	住 所			
給付対象者	フリガナ			
	氏 名	(署名又は記名押印)		
	☐ 申請者と同じ			
	住 所	松阪市		
	☐ 申請者と同じ			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
要 介 護 度 (要介護認定4～5の方は尿取りパッドが付きます)		要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
オ ム ツ の サ イ ズ (オムツ又はパンツいずれかのサイズ1つに○をしてください)		オムツ (S ~ M ・ M ・ L) パンツ (S ・ M ・ L ・ L L)		
世帯員の同意	氏 名	年 齢	対象者との関係	備 考
	(署名又は記名押印)			
	(署名又は記名押印)			
	(署名又は記名押印)			
	(署名又は記名押印)			

受 付	課税確認	要介護確認	入力確認
	月 日	月 日	月 日