第１号様式（第３条関係）

在宅高齢者等おむつ給付申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">おむつを使用する
高齢者等</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>性　　別</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>身　体　状　況</td><td colspan="3">□　介護度（４・５）　　□　常時失禁
※原則として両方にチェックが必要です。
その他特記事項（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">おむつ申請枚数</td><td rowspan="2">１日につき</td><td>紙おむつ</td><td>尿取りパッド</td></tr>
<tr><td>普通型　　枚
パンツ型Ｓ・Ｍ・Ｌ・LL　　枚
テープ型Ｓ・Ｍ・Ｌ　　枚</td><td>兼用ﾚｷﾞｭﾗｰ型　　枚
兼用ﾜｲﾄﾞ型　　枚
夜用　　枚</td></tr>
<tr><td>おむつを使用するようになってからの期間</td><td colspan="3">１　３箇月未満（　　日間）
２　３箇月以上（　　箇月）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">主たる介護者</td><td>住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>連絡先電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td></td><td>続　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>年　齢</td><td></td><td>性　別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>医　療　機　関
への受診の有無</td><td colspan="3">１　かかっている。（医療機関名　　）
２　かかってない。</td></tr>
</table>

おむつの給付を受けたいので、申請します。　　年　　月　　日

住　　所
申請者　氏　　名
電話番号　　（　　）

武蔵村山市長　殿

おむつの給付に際し、給付対象者の住民基本台帳、市町村民税の課税状況、介護保険に関する情報、障害施策に関する情報及び生活保護の受給の有無について、必要な資料を関係各課から収集することに同意します。

氏　　名

（日本産業規格Ａ列４番）