

様式第 1 号（第 4 条関係）

三郷市高齢者等紙おむつ支給申請書

三 郷 市 長 あて

紙おむつの支給について、三郷市高齢者等紙おむつ支給事業実施要綱第 4 条の規定により関係書類を添えて申請します。

年 月 日

対 象 者	住 所	三郷市			
	フリガナ		性 別	生年月日	
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日 (歳)	
	自宅電話		携帯電話		
☐ 以下の事項について、市が調査することに同意します。 対象者及び世帯全員の所得状況、介護保険による認定状況及び生活保護受給の有無					
申 請 者	☐ 対象者と同じ ※申請者は本人、親族のみ				
	住 所	☐ 対象者の住所と同じ			
	フリガナ		続 柄	自宅電話	
	氏 名			携帯電話	

※通知の送付先は申請者になります。内容に変更があった場合は、長寿いきがい課へ連絡ください。

【申請に関する問い合わせ先】

☐ 対象者 ☐ 申請者 ☐ 担当ケアマネジャー(下記へ)			
事 業 者 名		自宅電話	
氏 名		携帯電話	

※申請受付日の翌月から配達が始まります。郵便申請の場合は、消印日の翌月から配達となります。

希望する紙おむつ		別添「希望紙おむつ一覧表」のとおり	
配 達 内 容	紙おむつ	☐ 対象者の住所 ☐ 申請者の住所 ☐ その他（下記へ）	
	配達希望先	住所 三郷市	
	不在置き	氏名 日中連絡先	
		☐ 不可 ☐ 可 【置き場所 ☐ 玄関前 ☐ 他()】	

【対象者状況確認】

介 護 認 定	☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5
※該当等級数に○	有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日
生活保護の受給	☐ 受けていない ☐ 受けている ☐ わからない
備 考	

【市処理欄】

受給者番号	生活保護	課税状況	利用料	課 長	課長補佐	係 長	係
No.	☐ 支給 ☐ 不支給	☐ 非課税 ☐ 課税	☐ 免除 ☐ 1 割				