

起案	年	月	日
決定	年	月	日
施行	年	月	日
保存	長期		
公開の可否	非公開(個人情報本人開示可)		

係員	主査	課長

認定番号

重複確認
障害
生保
発送日

下記の申請について、紙おむつ等支給対象者に該当(する・しない)ので支給(する・しない)。

第1号様式

墨田区長 あて

紙おむつ等支給申請書

申請書記入日 年 月 日

確認事項

- 必要に応じ、次に掲げる私の個人情報について、区の関係機関が保有する情報により確認することに同意します
 - 介護保険による認定状況等
 - 所得の状況
 - 生活保護等の受給の有無
 - 老齢福祉年金の受給の有無
- 請求を受けた負担額について、区の委託業者に速やかに支払います。
- 必要な場合には、私の個人情報及び費用負担額について業者に提供することに同意します。

申請者	上記の確認事項に同意のうえ、紙おむつ等支給の申請をします。		
おむつ利用者	住所 墨田区		
	ふりがな	氏名 <input type="checkbox"/>	電話番号
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
申請者以外で連絡の取れる方	必要な場合には、私の個人情報について委託業者に提供することに同意します。		
	住所		
	ふりがな	続柄	電話番号
	氏名	<input type="checkbox"/>	

申請者状況確認

介護認定状況	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)
	その他(非該当・申請中・未申請)	
生活保護等の受給	受けている	受けていない
老齢福祉年金の受給	受けている(裏面も記入・押印)	受けていない
	老齢福祉年金は大正5年4月1日以前に生まれた方が対象です。詳しくは裏面を御確認ください。	
現在の状況	在宅・施設入所	<input type="checkbox"/> 入院

入院状況 年 月 日から()病院に入院している
墨田区で支給する紙おむつを 使用できる 使用できない

引き続き、裏面も記入してください



介護支援事業者 (ケアマネジャー)	事業者名
	担当者 電話番号

申請受付 (高齢者支援総合センター) 担当()

支給内容

支給開始希望月	年 月から(申請月又は申請の翌月)
支給内容	おむつの配達 おむつ代

案内文に記載されているおむつの区コード、サイズ、メーカーを記入してください

区コード	サイズ	メーカー(指定の場合)
------	-----	-------------

支給内容 (組合せ) 希望の種類に チェックを してください。	ホルダー	尿取パッドホルダー2枚+パッド(普通用)90枚 尿取パッドホルダー2枚+パッド(長時間用)60枚
	テープ型	テープ型おむつ60枚 テープ型おむつ75枚 テープ型おむつ60枚+尿取パッド(普通用)60枚 テープ型おむつ60枚+尿取パッド(長時間用)30枚
	パンツ型	パンツ型おむつ60枚 パンツ型おむつ30枚+尿取パッド(普通用)60枚
	パッド	尿取パッド(普通用)150枚 尿取パッド(長時間用)90枚
支給内容により 500円または、 700円の自己負 担金があります。		
配送先 申請者住所以外へ おむつを配送する 場合は、こちらに 記入してください。	住所	墨田区外に配送する場合は別途配送料がかかります。
	氏名	
	電話番号	

備考 特に伝えて おきたいこと。	
-----------------------------------	--

老齢福祉年金を受給している方は、こちらにも記入・押印してください。

老齢福祉年金とは、国民年金制度が発足した当時(昭和36年4月)、既に御高齢であったために、老齢年金の受給資格期間を満たすことができない方に対して支給される年金です。

次の 又は に該当する方に支給されます。

生年月日が明治44年4月1日以前の方

生年月日が明治44年4月2日から大正5年4月1日までの方で、保険料納付済期間が1年未満であり、保険料納付期間と保険料免除期間を合算した期間が生年月日に応じて下表の期間を超えている方

生年月日	期間
明治45年4月1日以前	4年
明治45年4月2日～大正2年4月1日	5年
大正2年4月2日～大正3年4月1日	6年
大正3年4月2日～大正5年4月1日	7年

同一世帯員の所得の状況について、区の関係機関が保有する情報で確認することに同意します。

氏名 _____ (印) 氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印) 氏名 _____ (印)