

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
ア 介護保険による認定状況等
イ 所得の状況
ウ 生活保護等の受給の有無
エ 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。利用者が支払うべき負担額の滞納が確認された場合は、紙おむつ等支給サービスの提供が停止、または廃止される場合があることに同意します。
- 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 おむつ 利用者	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。		
	住所 墨田区		
	ふりがな		電話番号
	氏名		
生年月日 年 月 日 (歳)			
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		

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
現 在 の 状 況	☐ 在宅・施設入所	☐ 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	
支 給 内 容	☐ おむつの配達 ☐ おむつ代	

介護支援事業者 (ケアマネージャー)	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 ()