

目黒区長 あて

年 月 日

住 所 (住民票上の住所) 目黒区
ツガナ

電話番号

生年月日

氏 名 (おむつ使用者)

大・昭 年 月 日

介護度 要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 入院中

年齢 歳※対象年齢 65歳以上

認定期間 年 月 日～ 年 月 日 ※要介護1以下の方は「入院証明書」が必要です。

生活保護の受給の有無 有 ・ 無 (有の場合は生活福祉課に相談して下さい)

入居中の施設名 ※施設に入居中の場合は記入してください

下記のとおり、紙おむつ(尿取りパッド等を含む。)の支給を申請します。

なお、住民基本台帳による住所、氏名、生年月日等についての確認、介護保険法に基づく要介護度、障害福祉のサービスにおける紙おむつ・おむつ代支給事業の受給状況及び生活保護の受給状況についての確認を受けることに同意します。また、申請内容を委託事業者を提供することに同意します。

紙おむつの受給中に支給要件の確認を要する状態となった場合は、介護保険法に基づく要介護・要支援認定申請、更新申請、又は区分変更申請の提出状況について確認を受けることに同意します。

希望商品名	商品番号	単価	個数	小計
合計金額 (1,500円以上) ※1・※2				円
自己負担金額 ※3				円

※1 配送は月1回です。不在時は原則として置き場所の指定配達となります。

※2 ひと月の合計が1,500円未満の場合は複数月分の個数を記入し、隔月配送をお願いします。

※3 合計金額が6,600円を超える場合の自己負担金額は、「合計金額-6,000円」で計算してください。

連絡欄 隔月配送、支払方法等、連絡事項があれば記入してください。

送付先 1 自宅 不在時の置き場所 ()

常に 不在時のみ 不可 ※いずれかに☑してください。

2 そのほかの配達先

施設・病院名等

所在地

電話番号

申請手続きをした方

住 所

電話番号

氏 名

おむつ使用者との関係