

心身障害者(児)等紙おむつ・おむつ代支給申請書

目黒区長 宛て

紙おむつ・おむつ代を受給したいので、下記のとおり申請します。

申請種別 (該当のものに☑)		☐ 新規 ☐ 変更(紙おむつ→おむつ代) ☐ 再開 ☐ 変更(おむつ代→紙おむつ)			
受給希望サービス (該当のものに☑)		☐ 紙おむつ(現物支給) ※受給希望品名等は別紙のとおり ☐ おむつ代(現金支給) ※入院先で病院指定のおむつ以外使用不可の場合に限る			
対象者	フリガナ			生年月日	大・昭・平・令
	氏 名				年 月 日
	住 所	目黒区			
	身体障害者手帳	種 級	愛 の 手 帳	度	
	特殊疾病名		精神保健手帳	級	
生活保護(該当のものに☑)		☐ 受けている ☐ 受けていない			
他法・他施策の紙おむつ 支給(該当のものに☑)		☐ 受けている ☐ 受けていない			
おむつの使用状況 (該当のものに☑)		☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ 必要に応じて(頻度)			
口座情報 ※おむつ代の場合 のみ記入	銀 行 信用金庫 信用組合	普通・当座	口座番号		
		口座名義人 (原則本人名義)	フリガナ		
	支店		氏 名		

上記のとおり心身障害者(児)等紙おむつ・おむつ代を申請します。
なお申請を行うにあたり、次のことに同意します。

- 1 区担当職員が職務上、各手帳等の情報、生活保護、高齢福祉課の同事業の受給状況等、その他心身障害者(児)等紙おむつ・おむつ代の支給資格について必要な調査を行うこと。
- 2 事業遂行の利便のため、紙おむつ(現物支給)の場合、委託事業者氏名等の個人情報を提供すること。
- 3 支給限度は600点で、600点を超える場合の自己負担額は、(合計点数－600点)×10円です(1点＝10円)

令和 年 月 日

申請者(対象者) 住 所 目黒区

電 話 ()

氏 名

代行者

住 所

電 話 ()

氏 名