

心身障害者(児)等紙おむつ・おむつ代支給申請書

記入例

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) ☐ 変更(おむつ代→紙おむつ)		該当のものにレ印	
受給希望サービス (該当のものに☑)		☒ 紙おむつ(現物支給) ※受給者本人様について ☐ 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		申請者ご本人様について 記入	
	身体障害者手帳	種 級		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		おむつ代※の場合のみ申請者ご本人様名義の口座を記入	
他法・他施策の紙おむつ支給(該当のものに☑)		☐ 受けている		※入院先において病院指定のおむつの使用が義務付けられており、紙おむつ支給の利用ができない場合に申請	
おむつの使用状況 (該当のものに☑)		☐ 常時 ☐ 時々			
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	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、委託事業者には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