

紙おむつ購入費助成申請書

提出日： ○○ 年 ○○月 ○○日

渋谷区社会福祉協議会会長あて
下記のとおり、紙おむつ購入費助成を申請します。

紙おむつ利用者	フリガナ	シバヤ タロウ		ケアマネージャー												
	氏名	渋谷 太郎		事業所名	○○○○○○											
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和		担当者名	○○ ○○											
		○○年 ○○月 ○○日 (○○歳)		連絡先電話番号等	03-1234-5678 090-1234-5678											
	性別	男 ・ 女														
	住所	〒 ○○○-○○○○ 渋谷区 宇田川町 ○○-○○-○○○														
	電話番号	○○○○-○○○○	携帯電話	○○○-○○○○-○○○○												
受給対象者	・ 介護保険被保険者番号 <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table> ・ 要介護 (1) ・ 身体障害者手帳 () 級 ・ 愛の手帳 () 度 ・ 精神障害者保健福祉手帳 () 級 ・ 難病 (病名：) ※別紙の意見書を添付して下さい					0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	※裏面に 保険証、手帳等の コピーを添付して ください
	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6						
生活保護の有無	あり ・ なし ※必ずどちらかに○をしてください															
別途配送先	配送先宛名	本人 ・ 本人以外 【氏名 続柄】														
	配送先住所	※区外配送は別途配送料がかかります 〒 ○○○-○○○○ 渋谷区○○ ○○-○○ ○○ホーム 電話番号 ○○○○-○○○○														
連絡先	フリガナ	シバヤ	ジロウ	利用者との続柄												
	名前	渋谷	二郎	子												
	住所	〒 ○○○-○○○○		電話番号	○○○-○○○-○○○○											
		○○県○○市○○○ ○○-○○		携帯電話	○○○-○○○○-○○○○											

※決定通知書・カタログ送付先 ○をしてください ➡ 利用者・連絡先 紙おむつ別途配送先

紙おむつ助成制度を利用するにあたり、次の点に同意します。

- ① 利用者の状況等を把握するため、区役所へ申請書に記載された情報を提供し、また情報の提供を受けること。
- ② 利用者の状況等を把握するため、地域包括支援センター、ケアマネージャーへ必要な情報を提供すること。
- ③ 本事業の委託事業者へ必要な情報を提供すること。

紙おむつ利用者氏名 渋谷 太郎

【職員記入欄】

受付日	担当	登録番号