

在宅老人日常生活用具（紙オムツ）給付申請書

多気町長 様

氏名 (続柄)

電話番号

対 象 者	介護保険被保険者番号					
	住　　所	多気町				
	フリガナ			生年 月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日	
	氏　　名					
	電　話　番　号					
	介　護　度	要介護３以下※　　 要介護４　　 要介護５ ※「要介護３以下」の場合は、要介護認定時の認知度で判定します				
	紙おむつを必要とする状況 （✓をしてください）	☐ 常に紙オムツ等を使用している ☐ 排泄に介助または見守りが必要 ☐ 排泄に間に合わないことがある ☐ その他（ ）				

次の内容を確認し、チェック（✓）をしてください。

- 紙オムツ購入券及び紙オムツ購入券で購入した紙オムツ等を対象者以外の者のために使用し、又は第三者に譲渡し、若しくは売買してはならないこと
- 紙オムツ購入券は、紙オムツや尿取りパッドなど身に着けて使用するもの以外には使用できないこと
- 次のような時には、紙オムツ購入券の支給が停止されること
 - ・多気町外で生活するようになったとき
 - ・入院等により、1月のうち1日も在宅で生活しなくなったとき
- 上記に反した場合やその他不正の手段によって紙オムツ購入券を使用した場合は、相当する金額の全額又は一部を町の求めに応じ返還すること
- 給付決定の際には、担当民生委員に対象者の情報を提供すること

上記の事項について同意します。

申請者氏名

(申請者がケアマネージャー等の場合は対象者の氏名)