

年 月 日

多摩市長 殿

(請求者) ㊦

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____ () _____

おむつ支給等事業利用申請書

多摩市ねたきり高齢者及び心身障がい者等おむつ支給等事業実施要綱第5条の規定により、
下記のとおり、おむつ支給等事業利用を申請します。

(フリガナ) 対象者氏名	_____	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (生 歳)
住 所	㊦ 多摩市 電話 () _____			
対 象 者	1 要介護度 支援・介護 (度) 2 特定疾病 (疾病名 _____) 3 障害名 (_____) 身体障害者手帳 (種 級) ・愛の手帳 (度) 上記内容について被保険者台帳及び障害者台帳等を照会することについて同意 します。 氏 名 _____			
生 活 状 況	1 在宅生活 2 入院中 (病院名 _____ ・ 年 月 日入院) 利用希望 現物 ・ 現金			
おむつの使い 始め	年 月 日頃から			
現 在 の 状 態	1 ねたきりである。 2 介助によらないと車椅子に移乗できない状態である。 3 日中ベッド等で過ごし、排泄・食事・着替えに介助を要する。 4 主治医から、認知機能の低下により排泄に介助を要すると診断されている。 5 その他 (_____)			
生活保護受給	1 有 2 無			

認定番号 _____

市役所記入欄

確認日	/	担当者
-----	---	-----