

様式第12号（第9条関係）

在宅障害者（児）紙おむつ給付申請書

年 月 日

（宛先）

大津市長

申請者 住所

氏名

印

続柄（ ）

電話（ ）

大津市日常生活用具給付等事業実施要綱の規定により、紙おむつの給付を受けたいので申請します。

障 害 者 の 状 況	氏名		年 月 日生	満 歳
	個人番号			
	身体障害者 手帳	滋賀県・大津市 障害名：	第_____号 _____級 _____年____月____日交付	
	療育手帳	滋賀県	第_____号 A・B _____年____月____日交付	
	精神障害者 保健福祉 手帳	滋賀県	第_____号 _____級 _____年____月____日交付	
		[認知症の有無※]	有 ・ 無	
	介護保険		未申請 ・ 申請済（要介護度：_____）	
	入院・入所 の有無		入院中（_____年 _____月 _____日から） ・ 施設等に入所中 ・ 在宅	
おむつの 使用頻度		常時使用 ・ 必要な時のみ ・ 使用していない		
おむつを使い始めた時期		_____年____月頃から		

同意欄	在宅障害者（児）紙おむつ給付の決定のため、課税状況について調査することに同意します。 氏名 _____ 印
-----	--

処理欄	寝たきり高齢者等助成	該当・非該当	特例の対象とならない 排泄管理支援用具の交付	該当・非該当	給付	適・不適
	受給者番号		給付開始年月	_____年 _____月 ~		

※ 認知症の有無については診断書等の提出を求める場合があります。