

三木町長 殿

申請者 住 所 三木町大字

氏 名

電 話

※できるだけ連絡のつきやすい携帯電話番号等をお書き下さい

令和6年度要介護高齢者等紙おむつ給付申請書

紙おむつの給付を受けたいので、三木町要介護高齢者等紙おむつ給付事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。また、事業の実施に係る対象者の個人情報について、民生委員、介護支援専門員及び町で共有することに、同意します。

対 象 者	住 所	木田郡三木町大字	
	氏 名		※町記入欄 住記 CD
	生 年 月 日	年 月 日	
申 請 理 由 (該当する番号に○印をつけてください。)		施設に長期入所又は病院等に長期入院していない者が対象です。 1 身体機能の制限により排便・排尿にかかる一連の行為が困難なため、おむつが必要である。 2 認知機能の制限により排便・排尿にかかる一連の行為が困難なため、おむつが必要である。	
要 介 護 度		要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・障がい	

状 況 報 告 書

- ・ 上記の者は、身体機能の制限又は認知機能の制限により排便・排尿にかかる一連の行為が困難なため、おむつが必要である。
- ・ 上記の者は、施設に長期入所又は病院等に長期入院していない者である。
年 月 日

民 生 委 員
介護支援専門員 (所属)

印

※民生委員、介護支援専門員（ケアマネジャー）のいずれかの証明を受けて下さい。

※病院に入院（3か月以上）、又は施設等に入所された場合は、三木町役場まで届け出て下さい。

別紙

紙おむつの給付タイプ申込書

タイプの種類	タイプのセット内容
Aタイプ	おむつ(テープ止めタイプ)1セット (サイズ:S・M・L) + 尿とりパット 男女兼用1セット
Bタイプ	おむつ(テープ止めタイプ)のみ2セット (サイズ:S・M・L)
Cタイプ	おむつ(パンツタイプ)1セット (サイズ:S・M・L・LL) + 尿とりパット 男女兼用1セット
Dタイプ	おむつ(パンツタイプ)のみ2セット (サイズ:S・M・L・LL)
Eタイプ	尿とりパット(男女兼用)のみ2セット

※希望する給付タイプと希望するサイズに○印を記入してください。

※1セットの枚数の目安 おむつ(テープ止め) S34枚 M30枚 L26枚
おむつ(パンツ) S22枚 M20枚 L18枚 LL16枚
尿取りパット 150枚

受取方法(ご希望の受取方法に○印を記入してください)

	窓口受取希望
	配送希望(申請者住所と違う場合は下記にご記入ください)
/	(住所)
	(氏名)
	(電話番号) ※できるだけ連絡のつきやすい携帯電話番号等をお書き下さい

年間配送予定

第1回分 令和6年 5月上旬	第2回分 令和6年 8月上旬
第3回分 令和6年 11月上旬	第4回分 令和7年 2月上旬

※配送の詳しい日程については、後日送付する給付決定通知書にてお知らせします。