

様式第 1 号（第 3 条関係）

飯能市紙おむつ支給事業利用申請書

年 月 日

（宛先）飯能市長

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
被保険者との関係

飯能市紙おむつ支給事業実施要綱第 3 条の規定により、次のとおり飯能市紙おむつ支給事業の利用について申請します。

被 保 険 者	被保険者番号																			要介護度（ ）
																			認定有効期間	
	フリガナ																		年 月 日～ 年 月 日	
	氏 名																		生年月日	年 月 日
	住所	飯能市																	電話番号	

被保険者の状況	
①申請理由	失禁を誘発する疾病の名称（ ）
②失禁の状態	<input type="checkbox"/> 常時失禁の状態にない <input type="checkbox"/> 常時失禁の状態にある
③排泄の介助	<input type="checkbox"/> 介助を要しない <input type="checkbox"/> 一部介助を要する <input type="checkbox"/> 介助を要する
④在宅の状況	<input type="checkbox"/> 独居（ <input type="checkbox"/> 家族の訪問あり） <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 家族同居
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
⑤申請時の状況	<input type="checkbox"/> 在宅【 <input type="checkbox"/> 住所登録地 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）】
	<input type="checkbox"/> 入院中（退院日 月 日）※退院をした後に市に連絡が必要です。

紙おむつ指定事業所名	ケアマネジャー
	事業所 担当者

(連絡先・配達先) が被保険者と異なる場合は下記に記入をしてください。

1. 被保険者の生活する施設

施設名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

2. 被保険者の親族等

氏名： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

住所： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

備考： \_\_\_\_\_

- ※ 飯能市の被保険者で、要介護1～5として認定され、在宅で生活をしており、常時紙おむつを必要とする方が対象となります。要介護状態区分が要支援1、2に変更となった場合は支給終了となります。
- ※ 施設や病院に入所・入院している時は利用ができません。入所・入院の際は必ず市に連絡をしてください（1か月を超える場合）。
- ※ 施設や病院に入所・入院していることが確認された場合はご連絡をいただかなくても支給終了となることがあります。在宅に戻られた場合は再度申請をしてください。
- ※ 6か月を超えて支給の実績が確認できない場合は、常時紙おむつを必要とする状態ではないとみなし、支給終了とさせていただきますのでご了承ください。
- ※ 申請書に記載された内容は、指定した紙おむつ事業所に提供します。