

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

岩国市ねたきり高齢者等紙おむつ券給付申請書

申請者 住所 〒 _____

氏名 _____（続柄） _____

連絡先 _____

次のとおり申請します。（※太枠部分を記入してください）

対象者	ふりがな			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	住 所	〒 _____	居住状況	□在宅 □入院		
		岩国市				
同居世帯員	入院している医療機関名		入院期間			
	紙おむつ券の給付を受けるに当たり、次のことに同意します。 (1) 給付決定のため、市が世帯員全員の市民税課税状況、対象者の要介護状態区分、生活保護の受給状況などの所要の調査を行うこと。 (2) 給付決定のため、居宅介護支援事業所等が、世帯・住居・身体の状態等を市に情報提供すること。					
	氏 名	続柄	氏 名	続柄	氏 名	続柄

対象者の身体状況について

要介護状態区分	要介護 □ 3 □ 4 □ 5	身体の状態	□ ねたきり □ 認知症
紙おむつが必要な理由	□ 失禁が多い □ 尿意の意思伝達ができない □ その他（ _____ ）		

紙おむつ券の送付先及び利用している居宅介護支援事業所等について

紙おむつ券の送付先	☐ 対象者あて ☐ 申請者あて
居宅介護支援事業所	
担当介護支援専門員名（ケアマネジャー）	連絡先（ — — ）

市確認欄（※記入しないでください）

世帯区分	☐ ひとり ☐ 同居	所得区分	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 市民税課税世帯
要介護状態区分	要介護 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	居住状況	☐ 在宅 ☐ 入院
同居世帯員	☐ 上記と相違ないことを確認済	身体状況	☐ 上記と相違ないことを確認済