

守山市在宅重度障害者(児)紙おむつ助成事業 申請書

守山市長あて

年 月 日

申請に来た人	住 所	
	氏 名	印 ※自署の場合は押印省略可
	対象者との続柄	本人・配偶者・父・母・子・その他()
	電 話 番 号	- -

守山市在宅重度障害者(児)紙おむつ助成事業実施要綱第4条の規定に基づき下記のとおり申請します。

助成対象者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 年 齢 歳
手帳	交 付 年 月 日	年 月 日 交 付 番 号 第 号
	手 帳 種 類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A1・A2)
	障 害 内 容	視覚・聴覚・上肢・下肢・体幹・心臓・腎臓・呼吸・膀/直・知的・その他
生活の状況	住 ま い	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 入院中(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日予定) <input type="checkbox"/> 入所中(入所先:)
	排 尿	<input type="checkbox"/> 常におむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> 便器使用 <input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
	排 便	<input type="checkbox"/> 常におむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> 便器使用 <input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
受 領 確 認	紙おむつ費助成券 第_____号・_____枚を確かに受領しました。 年 月 日 氏名 _____ 印 ※自署の場合は押印省略可	

..... 処 理 欄

① 対象年齢(3~64歳)		⑤ 入所×(GH可)		備考	受付担当
② 常時おむつが必要		⑥ 押印2か所			
③ 日生具×		⑦ 制度の説明			
④ 入院3カ月以上×		⑧ 枚数確認			

