

呉市心身障害者（児）紙おむつ購入助成券支給申請書

令和 年 月 日

呉市長様

申請者（本人申請の場合は記入不要）

決定通知送付先 申請者 対象者（本人）

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____
※日中に連絡の取れる電話番号

対象者との続柄 _____

紙おむつ購入助成券の支給を次のとおり申請します。

呉市紙おむつ購入助成券支給事業を利用するに当たり、次の事項を確約します。

次の内容をご確認いただき、✓を記入してください。

- 1 呉市長が必要と認めたときは、対象者の身体状況、世帯状況、介護認定状況、障害福祉サービスの利用状況等について調査（訪問調査を含む。）を行うことに同意します。
- 2 事業の利用者であることを地区の民生委員へ情報提供する（2回目以降の障害者紙おむつ購入助成券（以下「助成券」という。）の配付を民生委員が行わない場合を除く。）ことに同意します。
- 3 助成券を対象者以外の者のために使用しません。
- 4 助成券は、呉市長が指定した薬局店等以外では使用しません。
- 5 助成券を使用する際、呉市長が指定した品目以外の物を購入しません。
- 6 対象者が養護老人ホーム・介護保険施設・障害者支援施設に入所したときは、速やかに届け出るとともに、所定の手続を行います。
- 7 助成券の支給対象外となったとき及び助成券を必要としなくなったときは、速やかに届け出るとともに、所定の手続を行います。
- 8 代理人による申請の場合、本人の承諾を得ています。

対象者	フリガナ	大・昭・平・令		
	氏名	年 月 日 (歳)		
	住所	□申請者の住所と同じ		
	電話番号	□申請者の電話と同じ ※日中に連絡の取れる電話番号		
	◎現在の身体状況及び紙おむつの使用状況（該当する項目に✓を記入してください。） □失禁があるため、紙おむつを使用している。 □トイレでの排せつが困難なため、紙おむつを使用している。			
	身体障害者手帳	第 種 級	療育手帳	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="radio"/> B <input type="checkbox"/> C
	◎初回障害者紙おむつ購入助成券 受取希望場所	□ 社会福祉協議会 (福祉会館1階) □ () 市民センター		

※バス優待（敬老・障害者）・福祉タクシー乗車券・高齢者紙おむつ購入助成券をお持ちの方は、申請時に廃止届を提出してください。

以下は記入しないでください

受付	担当	副担当	主査	G L	課長	決定番号
						受付印
						入力日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> バス優待（敬老・障害者）（削除） <input type="checkbox"/> タクシー券（返還） <input type="checkbox"/> 高齢者紙おむつ券（返還） <input type="checkbox"/> 未交付 処理日 令和 年 月 日						
認定結果		備考				
認定・却下						R8.1