

在宅ねたきり高齢者等おむつ給付申請書

（あて先） 日 野 市 長

下記の事項に同意し、在宅ねたきり高齢者等おむつ給付の申請を下記のとおり申込みます。
おむつ等の利用の可否判定のため、対象者及び対象者を含む同一世帯の所得及び要介護認定状況等の
個人情報を市が公簿で確認することに同意します。

1 おむつ対象者			
住 所	日野市		
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日	要介護 状態区分	
電話番号	配送と同時に おむつ専用収集袋 の配付を希望する（原則月10枚）： <input type="checkbox"/>		
2 申請者（おむつ対象者又は家族） <input type="checkbox"/> おむつ対象者と同じ			
住 所	〒		
ふりがな			
氏 名			
電話番号	対象者との 続柄		
3 おむつ等配達先 <input type="checkbox"/> おむつ対象者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
住 所	日野市		
電話番号			
4 通知等送付先（どれか一つご選択ください。）			
<input type="checkbox"/> おむつ対象者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> おむつ等配達先			
5 代行者（第三者が申請手続きを代行する場合のみ記入してください。）			
事業所名			
氏 名		電話番号	

※市記入欄

所得段階区分	世帯課税状況	決定	認定番号
第 所得段階	課 税 非課税	承 認 不承認	