

【 記載例 】

様式第 1 号

No. _____

紙おむつ等配付申請書

記入しないで
ください

申請内容について把握されてい
る方の氏名、住所等
※確認事項がある場合、お問合せを
させていただくことがあります。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

（申請者） ふりがな こしがや 〇〇
氏 名 越谷 〇〇 利用者との続柄 夫

住 所 越谷市越ヶ谷4-1-1

電話番号 048-000-0000（携帯） 080-0000-0000

紙おむつ等を使用する方の
氏名、住所等

紙おむつ等の配付に ついて次のとおり申請いたします。

利 用 者	ふりがな	<u>こしがや</u> <u>□□</u> ※ふりがなは必ずご記入ください。		
	氏 名	<u>越谷</u> <u>□□</u>		
	住 所	〒 <u>343-0813</u> ※郵便番号も必ずご記入ください。 <u>越谷市越ヶ谷4-1-1</u>		
	電話番号	<u>048-000-0000</u>	携帯	<u>080-0000-0000</u>
	生年月日	1 明治 2 大正 3 <u>昭和</u> 4 平成 <u>25</u> 年 <u>2</u> 月 <u>5</u> 日 5 令和		
	性 別	1 男 2 <u>女</u>		
送 付 先	1 申請者宅 2 <u>利用者宅</u> 3 その他（下記送付先に記入）			
	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒 <u>越谷市</u>		
	電話番号		携帯	
備 考	月・水・金曜日の午前中は在宅しています。			
	受け取り可能な曜日や 時間帯がありましたら ご記入ください。			

送付先が「3. その他」の
場合のみ記入

送付先は越谷市内のみ

書類確認

受付者

※裏面もございます。

1 申請対象世帯と必要な書類についてチェックしてください。

No.

(1) 申請対象世帯	(2) 対象ごとの提出書類	(3) 世帯の非課税確認書類
介護保険の認定を受けている方 ☐①要介護5 ☐②要介護4 ☒③要介護3 ☐④要介護2 ☐⑤要介護1		介護保険料通知の書類 ☒ 介護保険料決定通知書 (「介護保険料の算出基礎」が記載されたページのコピー) ☐ 介護保険料納入通知書 (「介護保険料の算出基礎」が記載されたページのコピー)
身体障害者手帳の交付を受けている方 ☐⑥身障1級 ☐⑦身障2級		非課税世帯の書類 ☐ 住民票(世帯全員)の写し ☐ 市・県民税非課税証明書の写し(世帯全員)
療育手帳の交付を受けている方 ☐⑧療育(A) ☐⑨療育A		
2歳未満の子どもを養育している方 ☐⑩2歳未満		生活保護受給世帯の書類 ☐ 生活保護受給者証(コピー)

1つの業者を選びマルしてください。
※複数の業者から商品は選べません。

2 希望する配付業者をお選びください(○で囲む)。

① 高橋医科器械店 ② 日本ケアシステム ③ 成玉舎

3 希望する紙おむつ(パッド)の商品番号、個数等をご記入ください。

	商品番号	単価	個数	合計金額
1	5	2,000円	2個	4,000円
2	46	1,000円	2個	2,000円
3		円	個	円
4		円	個	円
5		円	個	円
6		円	個	円

希望配付業者カタログの
商品番号を記入

総合計金額	6,000円
自己負担金額 (総合計金額-5,000円)	1,000円

※合計購入金額が5,000円を超えた分は自己負担となります。

※申し込み後に商品を変更する場合は、配付業者にご連絡をお願いします。