

令和6年度『紙おむつ支給事業』利用申請書

(あて先)富士市長

年 月 日

住 所
申請者 氏 名
電 話

『富士市紙おむつ支給事業』について次のとおり申請します。

● 利用者について					
ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女	生年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)
住 所	〒 - 富士市			電 話	
配送先	〒 - 富士市 <input type="checkbox"/> 住所と同じ			配送先 電話	<input type="checkbox"/> 同上
通知先	〒 - <input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 配送先と同じ 富士市				
被保険 者番号			おむつ 使用理由	1. 寝たきり 2. 認知症 3. その他()	
介護度	要支援(1 ・ 2)		要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		申請中 無し

● 利用者以外の同一居住者の状況 (※隣接地に居住する親族を含め全て記入してください)					
氏 名	続 柄	年 齢	職 業	備 考	
(ふりがな) ①					
(ふりがな) ②					
(ふりがな) ③					
(ふりがな) ④					
(ふりがな) ⑤					
居住区分	1. 一般世帯		2. 高齢者のみ		3. ひとり暮らし
生計中心者	<input type="checkbox"/> 利用者		<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤
課税状況	1. 生活保護世帯		2. 市県民税非課税(全員)		3. 市県民税課税者(未申告者含む)あり

※利用者世帯の課税状況を確認した上で料金負担の有無を決定します

>>裏面へ続く

● 配達希望内容について					
種類	一袋	価格(税込み)	希望袋数	サイズ(cm)	選択目安
平タイプ	30枚入	900円	袋	30×72	おむつカバーと併用
尿取りパッド	30枚入	510円	袋	20×48	尿1、2回分
尿取りパッド (大容量)	30枚入	630円	袋	21×48	尿2、3回分
尿とりパッド (透湿)	30枚入	690円	袋	21×48	尿2、3回分
尿とりパッド 大 (透湿)	30枚入	1,140円	袋	28×60.5	尿4、5回分
尿とりパッド 大 (透湿・テープ付き)	32枚入	1,088円	袋	26×50	尿4、5回分
テープタイプ S	34枚入	2,074円	袋	57~92	サイズはヒップサイズ 平タイプ、尿取りパッド の併用を推奨
テープタイプ M	30枚入	1,950円	袋	77~110	
テープタイプ L	26枚入	1,950円	袋	92~130	
パンツタイプ S	22枚入	1,342円	袋	55~75	サイズはウエストサイズ 尿取りパッドの併用可
パンツタイプ M	20枚入	1,320円	袋	65~90	
パンツタイプ L	18枚入	1,152円	袋	80~105	
パンツタイプ LL	16枚入	1,376円	袋	95~125	
パンツタイプ 3L	14枚入	1,960円	袋	110~140	

● 申請代行居宅介護支援事業所			
事業所名			
電話番号		ケアマネ ジャー	

◎ 注意事項
<p>●受注生産のため、電話変更受付期間外の種類・サイズ・数量の変更及び配達時の返品はできません。</p> <p>●月ごとに、電話変更受付期間が異なりますので、別紙でご確認ください。</p> <p>●隔月の配達等の指定はできません。変更がある場合は必ず毎月ご連絡ください。</p> <p>●毎月中旬～下旬に配送されますが、日時の指定はできません。</p> <p>●長期入院・施設入所・死亡等で対象外となった場合、お早めにご連絡ください。</p>

※ 事務処理欄						
決裁	課長	統括	主幹	課僚	担当	総合判断 1. 承認 2. 却下 3. その他()
決裁日	年 月 日				交付番号	