

印西市 紙おむつ給付サービス事業申請方法

【新規申請】

新規で申請する場合、「紙おむつ給付サービス申請書」を記入し、提出してください（郵送可）。届出を受理した日の翌月から決定した給付内容でお届けします。

【変更申請】

既に給付を受けている方で、紙おむつ等の内容や届け先の変更を希望される場合は、必ず「紙おむつ給付サービス変更届出書」を記入し、提出してください（郵送可）。届出を受理した日の翌月から変更した給付内容でお届けします。

【廃止申請】

要介護認定で要介護2、3、4、5以外になった場合、市外転出、施設入所（特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院の場合）、入院や一ヶ月を超えるショートステイ及び死亡の場合は、必ず「紙おむつ給付サービス受給者資格喪失届」を提出してください（郵送可）。

【停止・再開連絡】（本庁高齢者福祉課生きがい支援係へ電話連絡）

紙おむつ給付サービスを一時的に停止及び再開をご希望の場合は、必ず御連絡ください。連絡いただいた日の翌月から停止・再開します。

※申請書（届出者）記入の留意点

申請者（届出者）は、対象者又は家族の方を原則とします。

代筆及び提出代行される場合は、空きスペースにその方の氏名・事業所名を記載してください。

【提出先】

○高齢者福祉課	生きがい支援係	印西市大森2364-2	☎33-4592	
○印旛支所	市民サービス課	市民福祉係	印西市美瀬1-25	☎98-1116
○本埜支所	市民サービス課	市民福祉係	印西市笠神2587	☎97-1112

記入例

第1号様式（第4条）

紙おむつ給付サービス申請書

令和〇年 〇月 〇〇日

（あて先）印西市長

申請者は、利用者又は家族の方を原則とします。
代筆及び提出代行される場合は空きスペースに氏名・事業所名を記載してください。

住 所 印西市大森2364-2
申 請 者 氏 名 印西 一郎
電 話 0476-42-5111
対象者との関係（ 子 ）

下記のとおり紙おむつ給付サービスを利用したいので、申請します。

記

対象者	住所	印西市大森2364-2			電話	0476-42-5111		
	氏名	印西 太郎			生年月日	S20年 1月 1日		
介護保険被保険者番号		0000000000		要介護状態区分	要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
認 定 の 有 効 期 間		令和 6年 1月 1日 から 令和 7年 12月 31日まで						
給付を希望する紙おむつの番号に○をして、必要事項を記入してください。								
1	単 品	フラットタイプ 品名： (サイズ)				パック		
2		パンツタイプ (式) 品名： (サイズ)				パック		
3		尿とりパッド 品名：				パック		
4	組 合 せ	品名： サルバやわ楽パンツしっかり長時間 (M～L サイズ)				1 パック		
		品名： サルバLパッドスーパ (サイズ)				2 パック		
給付先		① 対象者住所（自宅）						
※番号に○をつけてください		2 上記以外（住所等を記入してください。） 住所：印西市 名称：						
受給決定を受けた場合は、受託者に住所、氏名、電話番号等の個人情報を提供することに同意します。 対象者名 印西 太郎								
連絡先 緊急	住所	印西市大森2364-2			電話	000-1234-5678		
	氏名	印西 一郎	続柄	子	備考			