

(様式第1号)

豊中市紙おむつ給付申込書

年 月 日

豊中市長あて

申込者	名前		続柄		電話	-	-
	住所	〒 -					
利用者	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和	
	名前					年	月
	住所	〒 - 豊中市			電話	-	-
	介護保険	被保険者番号	1 0 0				
	要介護状態区分	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					

同居家族の有無(世帯分離をしている場合も同住所の場合は「有」)

有 ・ 無

家族 名前		続柄		電話	-	-
家族 名前		続柄		電話	-	-
家族 名前		続柄		電話	-	-

居宅介護支援事業所	事業所名				
	担当ケアマネジャー	電話	-	-	

配達日の連絡先	利用者 ・ 申込者 ・ ケアマネジャー ・ その他					
名前	*「その他」の場合はご記入ください	続柄		電話	-	-

★紙おむつの給付を申し込むため、以下のことを調査することに同意します。

- ①要介護認定審査会による介護度認定結果の調査
- ②全ての同居家族の市民税の課税状況・生活保護受給状況の調査
- ③紙おむつ配送業者への氏名・給付金額上限・紙おむつ種類の情報提供

利用者氏名

(別紙1)

令和6年度紙おむつ給付希望明細書

(1ヶ月分)

利用者氏名

給付金額 5,000円 ・ 8,000円

品目	サイズ(cm) 目安吸収量		1パック あたり (枚数)	単価×数量 (パック) *単価は税込価格	価格(円)
平型	昼用	30×72 510cc	30	990円×	
	夜用	52×88 600cc	30	1,650円×	
尿とりパッド		20×49 430cc	48	897円×	
リハビリパンツ (パンツ型タイプ)	S	50~70 600cc	22	1,185円×	
	M	60~90 600cc	20	1,188円×	
	L	75~100 600cc	18	1,188円×	
	LL	90~125 600cc	16	1,196円×	
	XL	100~140 600cc	14	1,185円×	
介護用おむつ (テープ止めタイプ)	S	57~87 690cc	22	1,524円×	
	M	70~110 840cc	20	1,518円×	
	L	85~125 900cc	17	1,514円×	
パッドタイプ	ワイド	29×49 600cc	30	825円×	
	ビッグ	32×62 840cc	30	1,188円×	
	スーパー ビッグ	38×72 900cc	30	1,353円×	
合計	※限度額(5,000円/8,000円)までを記入。				円

*給付限度額(5,000円(要介護3の方)・8,000円(要介護4・5の方))内で自由に組み合わせていただけます。