

※申請書、及び領収書は支払い発生月から原則翌月までに提出してください。

ケース番号 _____

おむつ購入費支給申請書

令和 年 月 日

寝屋川市福祉事務所長 様

申請者住所 寝屋川市 _____

申請者氏名 _____

必要とする者の氏名 _____

入院(通院)中の病院 _____

別紙(見積書・請求書・領収書)による費用が必要ですから支給してください。

該当事項を○で囲んでください。

ア. おむつ生地 イ. 紙おむつ ウ. おむつ洗濯 エ. 貸しおむつ

※ ここから下は病院で記入してもらってください。

1. 被保護者の状況(該当事項を○で囲んでください。)

ア. 常時臥床 イ. 常時失禁 ウ. 時々失禁 エ. 排便の誘導ができない オ. 便器の使用ができない

2. 一日に必要なおむつの枚数 (約 枚)

3. 今後おむつを引き続いて使用しなければならない見込み期間

(ほぼ 月)

※最大6ヶ月の範囲内で記載してください。

上記に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

指定医療機関

所在地

担当医師名 印

※ ここから下は福祉事務所で記入

当該申請及び証明の有効期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月

