

令和8年度 寝屋川市家族介護用品支給事業利用申請書

寝屋川市長 様

下記のとおり家族介護用品支給事業の利用を申し込みます。

ふりがな		生年月日
要介護者氏名		明・大・昭 年 月 日
住 所	寝屋川市	
電話番号		要介護度 3・4・5
ふりがな		生年月日
家族介護者氏名		明・大・昭 年 月 日
住 所	寝屋川市	
連絡がとれる電話番号		要介護者との続柄()
備 考		
[事業所による申込みの場合]		
令和 年 月 日		
申込者	事業所名	
	氏 名	
	電話番号	

同意書

私は、市が家族介護用品支給事業を利用するために必要となる市町村民税の課税状況や心身状況等の情報を収集し、必要に応じ当該情報をサービス提供事業者等に提示することに同意します。

令和 年 月 日

要介護者氏名

家族介護者氏名

【 寝屋川市記入欄 】 受付日：令和 年 月 日

《 要介護者の生活状況 》

・ 在宅で介護を受けている

《 世帯課税状況 》

・ 要介護者世帯 非課税

・ 家族介護者世帯 非課税

《 要介護者介護度 》 要介護度 5・4

要介護度 3

・ 排 尿 全介助 一部介助 見守り等

・ 排 便 全介助 一部介助 見守り等

《 生活保護受給者 》 なし

※ 希望する商品を選んでください

オムツ(500円以内)

番号	規 格			希望する サイズに ○	自己負担額 (1袋当たり)	希望する 個数	自己負担額 合計
	品 名	サイズ	数量 (1袋)				
1	パンツタイプA	S	24枚		160円		
2		M	22枚				
3		L	20枚				
4		LL	18枚				
5	パンツタイプB	S	22枚		160円		
6		M	20枚				
7		L	18枚				
8		LL	16枚				
9	テープタイプ	S	34枚		150円		
10		M	30枚				
11		L	26枚				
12	尿取りパッド (男女兼用)		30枚		40円		
13	尿取りパッド (男性用)		45枚		70円		
14	尿取りパッド (夜用)		30枚		100円		
★ 合計 500円を超えることはできません							

介護用品(125円以内)

番号	規 格			希望する サイズに ○	自己負担額 (1袋当たり)	希望する 個数	自己負担額 合計
	品 名	サイズ	数量 (1袋)				
15	介護用手袋	S	100枚		110円		
16		M	100枚				
17		L	100枚				
18	大人用からだふき		70枚		30円		
19	流せるおしりふき		72枚		25円		
20	消臭剤		280ml		40円		
21	清拭剤		400ml		60円		
★ 合計 125円を超えることはできません							