

オムツサービス事業

目的

★65歳以上の寝たきり、ひとり暮らしの方それらを抱える家族に対してオムツを支給することによって、家族の経済的負担の軽減とに日常生活の便宜を図る目的で実施する。

対象者

- ①非課税世帯
 - ②常時オムツを使用し取替えの必要な方
- ★但し県及び市のオムツ助成・生活扶助対象者は除く



必要書類

- ①住民票謄本（世帯全員記載）
- ②世帯全員分の非課税証明書（新年度分）
- ③紙オムツ給付（サービス）申込書（様式第1号）

実施方法

- (1) 地域の協力員、民生委員が配達する。
- (2) 支給は予算の範囲内で行い。次の通りとする。
 - ・紙オムツは、年3回、7月・11月・3月支給とする。



※利用者が、入院・入所に変更になった場合は、生活扶助、介護認定変更（要介護4以上）の場合はサービス利用が終了となります。

糸満市社会福祉協議会
会長 徳元孝進 殿

住所

申請者 氏名

㊟

(対象者との続柄:)

電話

紙オムツ給付(サービス)申込書

紙オムツ給付(サービス)を申請します。

受付No.

利用者	氏名			生年月日	
	住所				
	電話番号				
	介護保険	1 要介護() 2 要支援() 3 申請中			
	利用者状況	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者(60~64歳) <input type="checkbox"/> その他			
状況	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 一般世帯			
	身体状況	<input type="checkbox"/> 屋内ではおおむね自立し、外出時には介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 主にベッド上で生活し、屋内では一部介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上で生活し、排せつ及び着替えに介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> その他()			
	移動	<input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用して移動できる。 <input type="checkbox"/> 這って移動できる。 <input type="checkbox"/> 一部介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 全介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> その他()			
	状態	<input type="checkbox"/> トイレに行くが間に合わない <input type="checkbox"/> ためておくことができずに少量ずつ出てしまう。 <input type="checkbox"/> トイレに行くことができず、オムツ内に排せつしている。 <input type="checkbox"/> その他()			
世帯員	氏名	続柄	生年月日	備考	
課税状況等の確認調査の同意書		オムツ給付の決定に係る審査のため、私及び私の属する世帯員の課税状況等について、貴職が確認することに同意します。 平成 年 月 日 利用者 ㊟			

糸満市社会福祉協議会
会長 徳元 孝進 殿

申請者(ご家族)、氏名・
住所です。印もお忘れ
なくお願いします。

記入例

日

住所 糸満市字真栄平857番地

申請者 氏名 社協 花子



(対象者との続柄: 長女)

電話 098-994-0563

サービスをご利用になる
方の氏名・住所・状態記
入欄です。

紙オムツ給付(サービス)申込書

紙オムツ給付(サービス)を申請します。

受付No.

利用者	氏名	社協 太郎		生年月日	昭和15年1月1日	
	住所	糸満市字真栄平857番地				電話番号 098-994-0563
	介護保険	1 要介護() 2 要支援() 3 申請中		4 なし		
	利用者状況	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者(60~64歳) <input type="checkbox"/> その他				
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 一般世帯				
状況	身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> 屋内ではおおむね自立し、外出時には介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 主にベッド上で生活し、屋内では一部介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上で生活し、排せつ及び着替えに介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> その他()				
	移動	<input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用して移動できる。 <input type="checkbox"/> 這って移動できる。 <input type="checkbox"/> 一部介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 全介助を必要とする。 <input checked="" type="checkbox"/> その他(歩行はゆっくりだが自立)				
	状態	<input checked="" type="checkbox"/> トイレに行くが間に合わない <input type="checkbox"/> ためておくことができずに少量ずつ出してしまう。 <input type="checkbox"/> トイレに行くことができず、オムツ内に排せつしている。 <input type="checkbox"/> その他()				
世帯員	氏名	続柄	生年月日	備考		
	社協 花子	長女	昭和42年2月2日			
課税状況等の 確認調査の同意書		オムツ給付の決定に係る審査のため、私及び私の属する世帯員の課税状況等について、貴職が確認することに同意します。 平成 年 月 日 利用者 社協 太郎				

ご利用になる方の世帯員
です。
世帯欄が足りない場合は
ご連絡下さい。

サービスをご利用になる
方のご署名捺印をお忘れ
ないようにお願いします。