

(様式1)

高齢者等 紙パンツ支給支援事業 申請書
(香典返し還元事業)

令和 年 月 日

知名町社会福祉協議会会長 殿

申請者住所	知名町
氏 名	印
続 柄	
連 絡 先	TEL :

次により紙パンツの支給を申請します。

紙パンツを必要とする者

住 所	知名町	生年月日	T・S・H 年 月 日
氏 名		(年齢)	(歳)
受給資格	要介護認定	要介護1 ・ 要介護2	
	身体障害者手帳	1 級 ・ 2 級	
	精神障害者保健福祉手帳	1 級 ・ 2 級	
	療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1	
受給要件	常時（毎日）紙パンツ又は尿取りパッドを使用している。		はい ・ いいえ
支給を希望するタイプ	1 リハビリパンツ（S・M～L・L～LL・3L）2 尿取りパッド		
担当ケアマネ	氏名	TEL :	

※受給資格の介護保険被保険者証、又は障害者手帳の控えを添付して下さい。

※常時、紙パンツ（尿取りパッド）を使用していない方は、受給対象となりません。
申請は控えて頂きますよう、お願い致します。

社協審査

会 長		局 長		担 当 者		紙パンツの支給について下記の通り決定 して良いか伺います。
支給：支給開始年月 令和 年 月						
支給タイプ 1 リハビリパンツ（S・M～L・L～LL・3L）						
2 尿取りパッド						
不支給：理由（ ）						