

福井市長様

〒 ー  
申請者 住所 福井市  
(本人) 氏名

すこやか介護用品支給申請書

下記のとおりすこやか介護用品の支給を申請します。また、事業実施のために必要な世帯員の市民税課税状況、認定調査項目等について調査することに同意します。

Table with columns for applicant information, insurance details, and caregiver information. Includes fields for name, address, phone number, age, and identification period.

初回に支給を希望するものをひとつ選んでください。※テープ・パンツタイプのはサイズ・枚数等にも○をつけてください。

- 尿取りパッド
軽失禁用尿取りパッド
テープタイプ (SS S M L LL)
パンツタイプ (SS S M L LL 3L)
高吸収尿取りパッド

納入希望場所を指定してください。

- 被保険者住所
被保険者住所以外 (名称: 所在地: 福井市)

配達不在時の取扱いを選んでください。

- お知らせ(不在票)を残す
納入希望場所敷地内の指定場所に置く

※納入場所の詳細や、上記以外の不在時の取扱い等について具体的に記載ください。ただし、現場の状況等によっては御希望に添えない場合もありますので、予め御了承ください。

Confirmation section with checkboxes for usage status and service types. Includes a table for urine and stool management options.

市確認欄 ※以下は記入しないで下さい。

Summary table with columns: 支給の可否, 世帯の市民税課税状況, 課税・非課税, 要介護度, 照合日.

# 参考

※申請書に添付する必要はありません

## 支給内容

種類	1カ月あたりの支給枚数等	
	要支援	要介護
尿取りパッド	90枚	120枚
軽失禁用尿取りパッド	90枚	90枚
テープタイプ	45枚 (SS~LLまで各サイズ)	50枚/90枚 (SS~LLまで各サイズ)
パンツタイプ	45枚 (SS~3Lまで各サイズ)	50枚/90枚 (SS~3Lまで各サイズ)
高吸収尿取りパッド	30枚	30枚/60枚