見　本

令和8年度障害者(児)紙おむつ給付申請書

※在宅で継続して紙おむつを必要とされる3歳から64歳までの障害者(児)のかたを対象とした事業です。

(竹原市重度障害等日常生活用具等給付事業で紙おむつを給付されているかたは対象外の事業です)

申請日　：　令和　8年　4月　5日

社会福祉法人　竹原市社会福祉協議会
会　長　　様

次のとおり、紙おむつの給付申請をします。

紙おむつ引換券の受取者 (申請に来られたかた)	氏名　竹原　花子 利用者との続柄(関係)　母
申請者	住所　竹原市中央三丁目13番5号　TEL 0846-22-5131 氏名　竹原　花子　㊞ 利用者との続柄(関係)
利用者	住所　竹原市中央三丁目13番5号　TEL 0846-22-5131 氏名　竹原　一郎　㊞　(男)・女 生年月日　(昭和)・平成・令和　39年　3月　15日　生　(　62歳)
現在の介護状況 該当箇所に○をしてください	常時必要です。 手帳(身体)・療育・精神)　排泄(全面介助・一部介助・その他　)
引き換えにあたってのご注意	1. 紙おむつ以外のものとは、引き換えできません。 2. 紙おむつ引換券は、額面同額または上回る金額のみ有効です。 3. 紙おむつ代金が引換券の額面を上回る場合は、その差額分を直接現金で店頭にてお支払いください。 4. 紙おむつ代金が下回る場合は、引換券が無効になります。

民生児童委員確認欄	令和　8年　4月　3日 民生児童委員氏名　山　田　太　郎　㊞

(個人情報の利用目的)　障害者(児)紙おむつ給付事業のとりまとめのみに利用します。

(本会記入)

紙おむつ(引換券)	紙おむつ1ヶ月分の本会給付基準額＝1，500円 (4月分～3月分まで合計　12　ヶ月分×1，500円＝18，000円分) 引換券枚数3枚(1枚6，000円を基本:引換金額(①　6，000円②　6，000円③　6，000円)

支給決定

局長	次長	係	公印承認

紙おむつ引換番号

例　5月申請16,500円

※5月以降申請の場合、18,000円－(1,500円×月額)　①6,000円　②6,000円　③6,000円