

(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 ()						