

新宿区高齢者等おむつ費用助成 確認書

新宿区では、日常におむつが必要な高齢者等の方々に、「高齢者等おむつ費用助成」を行っています。
つきましては、「高齢者等おむつ費用助成」の申請にあたり、下記についてご確認をお願いします。

【本人】

フリガナ 氏名		生年月日	大正 昭和	年 月 日	歳
住所	〒 新宿区				
居所 (該当する箇所に ✓してください。)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(介護療養型医療施設以外) <input type="checkbox"/> 施設				

【本人の居所が、病院または施設の場合のみ】 病院または施設の方がご記入ください。

※ この確認書は診断書ではありませんので、医師及び病院名や施設名の朱印は不要です。

上記の人は、日常におむつが必要な状態ですか。	はい	いいえ
病院(施設)指定のおむつがありますか。	はい	いいえ
年 月 日から入院(入所)		
病院名(施設名) ※ゴム印を押してください		
所在地 ※ゴム印を押してください		
上記のおむつ利用者について、以上のとおり確認します。 担当者 所 属 電話番号	年 月 日 記入	

【本人の居所が、自宅の場合のみ】 ケアマネジャーの方がご記入ください。

上記の人は、日常におむつが必要な状態ですか。	はい	いいえ
事業者名 ※ゴム印を押してください		
所在地 ※ゴム印を押してください		
上記のおむつ利用者について、以上のとおり確認します。 ケアマネジャー氏名 電話番号	年 月 日 記入	

〔問合せ先〕

新宿区 福祉部 高齢者支援課 高齢者支援係
電話番号 03-5273-4305 (直通)
新宿区役所 本庁舎2階