第１号様式（第４条関係）

要介護高齢者紙おむつ等支給申請書

　　年　　月　　日

天理市長　様

　　　　　　　　　　　　申請者 住　所

　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 |  | |  |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　歳） | |
| 要介護認定判定結果 | | 要介護 |

※希望する用品とサイズに○印をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紙おむつ等 |  | 品　　　目 | サ　　イ　　ズ |
| １ | フラットタイプ　　　　　（月120枚） |  |  | |
| ２ | テープ止めパンツタイプ　（月60枚） | Ｓ・Ｍ・Ｌ |  |
| ３ | リハビリパンツタイプ　　（月30枚） | Ｓ ・ Ｍ ・Ｌ・ LL |
| ４ | 尿取りパッド　　　　　　（月180枚） |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同　　　　意　　　　書  天理市要介護高齢者紙おむつ等支給事業の資格要件の決定のために  必要があるときは、私及び私の世帯全員の市民税の課税状況等について、  調査、閲覧することに同意します。  住　　所  氏　　名 | | | |
| 事業者名 |  | 相談員名 |  |

注意：介護保険被保険者証など、対象者の認定区分が分かる資料の写しを提出ください。

日　常　生　活　等　状　況　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者名 |  | | | | |
| 介護者名 |  | | 対象者との続柄 | |  |
| 扶養義務者 | 住　所 | | | | |
| 氏　名 | | 対象者との続柄 | |  |
| ねたきり状態に  なった時期 | 年　　月頃 | 失禁状態に  なった時期 | | 年　　　月頃 | |
| ねたきり状態に  なった原因 | １　老衰　　２　中風　　３　脊椎損傷  ４　進行性麻痺　　５　認知症  ６　その他（病名　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 食　　　事 | １　自分でできる  ２　一部介助を要する  ３　全部介助を要する | | | | |
| 更　　　衣 | １　自分でできる  ２　一部介助を要する  ３　全部介助を要する | | | | |
| 排　　　泄 | １　昼夜ともなんとか便所へ行ける  ２　便所へ行けるが夜だけポータブル便器を使う  ３　昼はポータブル便器で夜だけおむつを使う  ４　昼夜ともおむつを使う | | | | |
| 歩　　　行 | １　杖をついて歩ける  ２　ものにつかまって歩ける  ３　全く歩けない | | | | |
| その他 | １　できる  自らの力で這うことが　２　少しできる  　　　　　　　　　　　３　できない | | | | |
| １　できる  自らの力で座ることが　２　少しできる | | | | |
|  | ３　できない | | | | |