様式第１号(第４条関係)

東松山市紙おむつ給付申請書

年　　月　　日

　東松山市長　　　　　　　　　　宛て

住所

氏名

電話

　下記により、紙おむつの給付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 電話番号 |
| 氏名 | 年　　月　　日生(　　　歳)　 |
| 寝たきりになった時期（　　　　年　　　月頃）認知症になった時期　（　　　　年　　　月頃）介護認定（要介護　　　　)認定日（　　　年　　　月　　　日）自己負担割合（　　　割）居宅介護支援事業所（　　　　　　　　　　　　　　　　　）担当ケアマネジャー（　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 緊急連絡先 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 電話番号 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

対象者の状況(該当する□内にレ印をつけてください)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臥床の状況等 | 　 | 一日中ベッド上で過ごし、食事・排泄・着替え等に介助を要する |
| 　 | 屋内での生活は介助を要するが、座位を保つことはできる |
| 　 | 精神活動の低下が著しいため、常時生活介助を要する |
| 　 | その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 認知症の状況 | 　 | 記憶障害 |
| 　 | 失見当 |
| 問題行動 | 　 | 攻撃的行為 | 　 | 徘徊 | 　 | 失禁 |
| 　 | 自傷行為 | 　 | 不穏興奮 | 　 | その他(　　　　　) |
| 　 | 火の扱い | 　 | 不潔行為 |
| おむつ希望種類 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名　 | 　 |

私は、受給資格確認のため、支給要件にかかる課税状況、介護保険料の納付状況、介護保険法(平成9年法律第123号)第27条に規定する調査の結果及び主治医意見書の閲覧・利用に同意します。