

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)				
緊 急 連 絡 先	居宅介護支援事業所 ()				
	担当ケアマネジャー ()				
	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	攻撃的行動		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					

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。

利用者氏名

--