

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 東松山市〇〇町〇丁目〇番地

氏 名 〇山 〇夫

電 話 23-〇〇〇〇

下記により、紙おむつの給付を申請します。

対 象 者	住 所	東松山市〇〇町〇丁目〇番地	電話番号	23-〇〇〇〇	
	氏 名	〇山 〇美	昭和〇年〇月〇日生(90歳)		
	寝たきりになった時期	(令和 〇年 1 月頃)			
	認知症になった時期	(平成〇〇年 1 月頃)			
	介護認定	(要介護 4)			
	認定日	(令和〇〇年〇〇月 〇日)			
	自己負担割合	(〇 割)			
緊 急 連 絡 先	居宅介護支援事業所	(〇〇事業所)			
	担当ケアマネジャー	(〇田 〇恵)			
	続 柄	氏 名	年 齢	電 話 番 号	備 考
	長男	〇山 〇士	53	23-〇〇〇〇	
長男妻	〇山 〇音	50	090-〇〇-000		
長女	〇川 〇香	48	080-〇〇〇〇-0		

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	<input checked="" type="checkbox"/>	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				
	<input type="checkbox"/>	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				
	<input type="checkbox"/>	精神活動の低下が著しいため、常時生活介助を要する				
	<input type="checkbox"/>	その他()				
認知症の状況	<input checked="" type="checkbox"/>	記憶障害				
	<input type="checkbox"/>	失見当				
問 題 行 動	<input checked="" type="checkbox"/>	攻撃的行動	<input type="checkbox"/>	徘徊	<input checked="" type="checkbox"/>	失禁
	<input type="checkbox"/>	自傷行為	<input type="checkbox"/>	不穏興奮	<input type="checkbox"/>	その他 ()
	<input type="checkbox"/>	火の扱い	<input checked="" type="checkbox"/>	不潔行為	<input type="checkbox"/>	
おむつ希望種類	紙おむつ一覧から1種類をお選びください。					

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

〇山 〇美