

# 記入例

令和 6 年 4 月 1 日

多摩市長 殿

(申請者) 〒 206-0000

申請者：ご家族やご本人、後見人など。  
おむつ事業について、市役所からのご連絡・  
問合せ等は、こちらの方に差し上げます。

住所 多摩市 関戸 6-12-1

フリガナ たま たろう  
氏名 多摩 太郎

対象者から見た続柄 子

電話 090 ( 000 ) 0000

## おむつ支給等事業利用申請書

多摩市ねたきり高齢者及び心身障がい者等おむつ支給等事業実施要綱第5条の規定により、おむつ支給等事業の利用を申請します。

なお、申請にあたり、多摩市長が介護保険の要介護認定に係る情報及び障害者台帳、生活保護受給状況等を調査・閲覧することについて同意します。

フリガナ 対象者氏名	タマ イチロウ 多摩 一郎	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 00年 0月 0日生 ( 00歳)
住 所 (住民票の 登録地)	〒206-0000 多摩市 関戸 6-12-1			電話 042 (000) 0000
対 象 者	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護度 要介護 ( 4 度) <input type="checkbox"/> 特定疾病 (疾病名 40~60歳の方は、記入してください ) <input type="checkbox"/> 障害名 ( 障害者手帳をお持ちの方は、記入してください ) 身体障害者手帳 ( 種 級 ) ・ 愛の手帳 ( 度 )			
生活状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (入所又は入院をしていない) <input checked="" type="checkbox"/> 入所中 (施設名 ○○グループホーム 00年 0月 0日入所 ) 施設住所 多摩市 関戸 ○-○○-○ 年 月 日入院 ) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名			
おむつの常時 使用の始期	令和5年 12月 1日頃から I日中 失禁の状態) が継続している 「常時」失禁となった日付を 記入してください (夜間のみ など、一時的な使用は不可)			
現在の状態	<input type="checkbox"/> 一日中ベッド (寝具) 上で過ごし、排せつに介助を要する <input type="checkbox"/> 日中も主にベッド等で過ごし、排せつに介助を要するが、自力又は介助により椅子及び車椅子への移動ができ、座位を保てる。 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医から、認知機能の低下により排せつに介助を要すると診断されている <input type="checkbox"/> 立ち上がり又は起立位保持の困難により車椅子で生活している <input type="checkbox"/> その他 例：神経因性膀胱の診断を受けており、尿便意がない等 ( )			
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 受給有			
備 考	現在の状態に該当するもの (もっとも近いもの。複数 選択も可) にチェックしてください。 該当しない場合は「その他」にチェックし、お身体と 排せつの状態についてご記入ください。			

### 市記入欄

被保険者番号	
要介護度	1 2 3 4 5
認定日	年 月 日
認定期間	年 月 日～ 年 月 日

主治医 意見書	自立 J A B C / 自立 I II III IV M
認定 調査書	自立 J A B C / 自立 I II III IV M

確認日 / 担当者 認定番号等 現物 / 現金