

多摩市長 殿

(申請者) ㊦

住 所 _____

フリガナ
氏 名 _____

対象者から見た続柄 _____

電 話 _____ () _____

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		男・ 女	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (生 歳)
住 所 (住民票の 登録地)	㊦ 多摩市 電話 ()			
対 象 者	<input type="checkbox"/> 要介護度 要介護 (度) <input type="checkbox"/> 特定疾病 (疾病名) <input type="checkbox"/> 障害名 () 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 type="checkbox"/> 入所中 (施設名 年 月 日入所) 施設住所 多摩市 <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名 年 月 日入院)			
おむつの常時 使用の始期	年 月 日頃から1日中おむつ等が必要な状態 (常時失禁の状態) が継続している			
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 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 type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 受給有			
備 考				

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