

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	☐ 要介護度 要介護 (度) ☐ 特定疾病 (疾病名) ☐ 障害名 () 身体障害者手帳 (種 級)・愛の手帳 (度)			
生 活 状 況	☐ 在宅 (入所又は入院をしていない。) ☐ 入所中 (施設名 年 月 日入所) 施設住所 多摩市 ☐ 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	☐ 一日中ベッド (寝具) 上で過ごし、排せつに介助を要する ☐ 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。 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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	☐ 受給無 ☐ 受給有			
備 考				

市記入欄

被保険者番号		主治医	自立 J A B C / 自立 I II III IV M
要 介 護 度	1 2 3 4 5	意見書	
認 定 日	年 月 日	認定	自立 J A B C / 自立 I II III IV M
認 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日	調査書	

確認日 / 担当者 認定番号等 現物 / 現金