

多摩市長 殿

(請求者) 〒 000-0000

ご本人、もしくはご家族

住所 000000000000

氏名 多摩太郎

電話 000(000)0000

おむつ支給等事業利用申請書 (記入例)

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、下記のとおり、おむつ支給等事業利用を申請します。

(フリガナ) 対象者氏名	タマ ジロウ 多摩 次郎	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成 00年 1月 1日生 (65歳)
住 所	〒000-0000 多摩市 000000000000 電話 000(000)0000			
対 象 者	① 要介護度 支援・介護 (3 度) ② 特定疾病 (疾病名 40~64歳の場合は記入をお願いします。) ③ 障害名 (身体障害者手帳 (種 級)・愛の手帳 (度)) 上記内容について被保険者台帳及び障害者台帳等を照会することについて同意します。 氏名 請求者・対象者両名の氏名をフルネームで記入してください			
生活状況	〇〇グループホーム 住所～ 電話～ ① 在宅生活 入院中 (病院名 . 年 月 日入院) 利用希望 現物・現金 施設の場合は施設の情報も記入をお願いします			
おむつの使い始め	平成31年 1 月 1 日頃から ※いつから常時失禁の状態か記入してください (3か月以上が要件)			
現在の状態	1 ねたきりである。 2 介助によらないと車椅子に移乗できない状態である。 ③ 日中ベッド等で過ごし、排泄・食事・着替えに介助を要する。 4 主治医から、認知機能の低下により排泄に介助を要すると診断されている。 5 その他 (現在の状況に該当するものに○ (複数可))			
生活保護受給	① 有 ② 無			

認定番号 _____

市役所記入欄

確認日 _____ 担当者 _____

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	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 J A B C <input checked="" type="checkbox"/> 自立 I II III IV M
認定調査書	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 J A B C <input checked="" type="checkbox"/> 自立 I II III IV M