

多摩市長 殿

(請求者) ㊦

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

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、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	_____	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 生 歳)
住 所	㊦ 多摩市 電話 ( ) _____			
対 象 者	1 要介護度 支援・介護 ( 度) 2 特定疾病 (疾病名 _____) 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 _____			
生 活 状 況	1 在宅生活 2 入院中 (病院名 _____ ・ 年 月 日入院) 利用希望 現物 ・ 現金			
おむつの使 い始め	年 月 日頃から			
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 ( _____ )			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 寝 自立 J A B C <input checked="" type="checkbox"/> 認 自立 I II III IV M
意見書	_____
認定	<input checked="" type="checkbox"/> 寝 自立 J A B C <input checked="" type="checkbox"/> 認 自立 I II III IV M
調査書	_____