

(第 1 号様式)

紙おむつ等介護用品支給事業利用申請書

年 月 日

平群町長 殿

住 所 _____

申請者

氏 名 _____

下記のサービスを利用したいので、平群町地域支援事業実施要綱第 4 条に基づき、次のとおり申請します。なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については平群町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

利 用 対 象 者	住 所	平群町			郵便番号	6 3 6 -	
	ふりがな				電話番号	—	
	氏 名						
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性 別	男 ・ 女
利用希望 サービスの の 種 類		サービスの名称				備 考	
	1	紙おむつ等介護用品支給事業					
		おむつ (S M L LL) ※おむつの LL サイズはリハビリタイプのみです。 おむつカバー (M L) パジャマ (M L) 防水シート				おむつの種類 フラット パンツ (テープ止め) リハビリ (はくタイプ) 尿取りパット 尿取りパットワイド	
希 望 する 理 由	現在の介護・状況等を具体的に記入してください。						
世帯の状況	氏 名	続柄	年齢	性別	備 考		
利用対象 世帯の生 計中心者	課税状況	1 生活保護 2 住民税非課税世帯 3 住民税課税世帯					
介護保険 要介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 非該当						

利用者の状況

項 目		審 査			備 考
心 身 の 状 況	視 力	1. 普通	2. 弱視	3. 見えない	
	聴 力	1. 普通	2. やや悪い	3. 聴こえない	
	言 語	1. 普通	2. やや不自由	3. 喪失	
	意思疎通	1. 普通	2. やや悪い	3. 大変悪い	
	物 忘 れ	1. なし	2. 時々ある	3. いつもある	
	食 事	1. 普通食	2. 刻み食	3. 特別食	
	移 動	1. 自分でできる	2. 杖 3. 歩行器 4. 車イス 5. できない		
	外 出	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない	
	調 理	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない	
	掃 除	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない	
	洗 濯	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない	
	排 泄	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない	
	入 浴	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない	
	金銭管理	1. 自分でできる	2. たまにできない	3. 全くできない	
	火の管理	1. 自分でできる	2. たまにできない	3. 全くできない	
疾病の状況		(病名) (かかりつけ病院) (電話番号)			
感染症の有無		有 ・ 無			
緊急連絡先		(住 所) (氏 名) (続柄) (電話番号)			

この事業の申請に際し、資格要件の決定のため必要があるときは私及び世帯全員の課税状況等について確認することに同意します。

氏 名 _____