

第2号様式（第5条関係）

在宅ねたきり老人等紙おむつ支給申請書

年 月 日

（宛先）焼津市福祉事務所長

（申請者）住所

電話

氏名（署名）

本人との続柄

焼津市在宅ねたきり老人等紙おむつ支給事業実施要綱による紙おむつの支給を受けたいので次のとおり申請します。なお、この申請に関し必要があるときは、市が保有する税関係情報を調査・使用されることに同意します。

対象者	住所					
	フリガナ					
	氏名			年 月 日生		
				（ 男 ・ 女 ）		
状態	<input type="checkbox"/> ねたきり（ 年 月から） <input type="checkbox"/> 認知症（ 年 月から） <input type="checkbox"/> 介護認定（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 重度心身障害者（ <input type="checkbox"/> 身障手帳 級・ <input type="checkbox"/> 療育手帳（ A・B ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
家族構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

※ 対象者の状態を確認し、裏面の申告書に記載してください。

焼津市在宅ねたきり老人等紙おむつ支給事業申告書

申告年月日 年 月 日)

記入者 住所 ()

氏名 ()

※記入漏れが有る場合、申請は受け付けられません。

①	在宅（自宅）で生活している。	はい・いいえ
	※在宅（自宅）で生活している場合は、回答不要 市内の介護者宅で生活している。	はい・いいえ
	はいの場合：介護者の住所及び氏名（続柄）・連絡先を記載 住 所： <input type="checkbox"/> 送付先とする 氏 名： 続柄： 連 絡 先：	
②	同居の家族に介護されている。	はい・いいえ
	※同居の家族に介護されている場合は、回答不要 親族又はヘルパーが毎日通っている。	はい・いいえ
	はいの場合：親族の住所及び氏名（続柄）・連絡先を記載。 <u>※ヘルパーの場合は、事業所と担当者を記入し、ケアプランの写しを添付してください。</u> 住 所： 氏 名： 続柄： <input type="checkbox"/> 送付先とする 連 絡 先：	
③	一日中紙おむつを使用している。	はい・いいえ
	使用しているタイプに全て✓を入れてください。 (以下の種類を使用されていない場合は「いいえ」としてください。) <input type="checkbox"/> テープ型おむつ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> フラット型	
④	排泄 <input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	紙おむつの交換について <input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
⑤	<u>居宅介護支援事業所／相談支援事業所名をご記入ください。</u> 事業所名： 連 絡 先：	

注意：介護認定もしくは障害者手帳を交付されている方については、認定調査時の書類を確認させていただきます。紙おむつの必要性が確認出来ない場合には、対象となりません。