

いなべ市在宅寝たきり高齢者等おむつ給付申請書

令和 年 月 日

いなべ市社会福祉協議会長 様

申請者 氏名 ㊟ 続柄 ()

住所

電話番号

次のとおり、おむつ給付を受けたいので申請します。

対象者	氏名		性別	男・女
	住所	いなべ市	電話:	
	生年月日	M・T・S 年 月 日	(満 歳)	

居宅介護支援事業所等	事業所名:		
	介護支援専門員(ケアマネジャー):		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5

対象となる要件 (いずれかにチェック)		
<input type="checkbox"/> 寝たきり状態	<input type="checkbox"/> 認知症により排泄行為が困難	<input type="checkbox"/> 尿便意の感覚が著しく低下

給付条件	<input type="checkbox"/> いなべ市に住民登録があり、かつ居住している
	<input type="checkbox"/> 常時おむつを利用している
	<input type="checkbox"/> 退院後一ヶ月以上経過し、状態が安定している
	<input type="checkbox"/> 月の半分以上を在宅で生活している
※上記すべてに該当する必要があります。	

既往歴・現疾患 (持病等があれば記入してください)	
---------------------------	--

過去6月間の医療機関等入院、退院の有無	有・無	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
		期間 年 月 日 ~ 年 月 日

排泄状況	おむつ以外での排泄状況	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし			
	主介護者	※本人との関係 ()			
	おむつ交換回数	日中	回/日	夜間	回/日

おむつ等使用枚数・申請枚数					
<input type="checkbox"/> テープ止め型 (サイズ: S・M・L・LL)	約	枚	~	枚/月	
<input type="checkbox"/> パンツ型 (サイズ: S・M・L・LL)	約	枚	~	枚/月	
<input type="checkbox"/> 尿とりパット	<input type="checkbox"/> テープ・パンツ兼用	約	枚	~	枚/月
	<input type="checkbox"/> パンツ用	約	枚	~	枚/月
	<input type="checkbox"/> 夜用 (長時間吸収型)	約	枚	~	枚/月
<input type="checkbox"/> フラット型	約	枚	~	枚/月	

※「介護保険被保険者証」のコピーを提出してください。

いなべ市在宅寝たきり高齢者等おむつ給付事業利用審査に必要となる対象者の排泄状況について、いなべ市社会福祉協議会が居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者に情報を求めることに同意します。

本人氏名

代筆者

㊟

様式第3号 (第9条関係)

いなべ市在宅寝たきり高齢者等おむつ給付受給資格喪失届

令和 年 月 日

いなべ市社会福祉協議会長 様

申請者

住 所

氏 名

㊟

いなべ市在宅寝たきり高齢者等おむつ受給資格について、次のとおり届け出ます。

対象者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所		電話番号	
	生年月日	M ・ T ・ S	年 月 日	(満 歳)
変更年月日	令和 年 月 日 ()			
変更区分	<input type="checkbox"/> 要介護認定の変更 (要介護 → 要介護) <input type="checkbox"/> 施設等への入所			