別記様式第1号(第4条関係)

紙おむつ給付申請書

　　年　　月　　日

　(宛先)栃木市長　大　川　秀　子

　紙おむつの給付を受けたいので、次のとおり申請します。

（自署しない場合は、記名押印してください。）

　また、この申請の審査に必要な個人情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者　（紙おむつの給付を受ける人） | 住所 | | 栃木市 | | | | | | | | 電話番号 |  | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | 性　別 | 男　・　女 | |
| 生年月日 | | 大正　・　昭和　　　　　年　　　　月　　　　日　　(　　　　　歳) | | | | | | | | | | |
| 要介護区分・期間 | | | | | 要介護(　 　) 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| おむつの使用状況 | | | | |  | | | | | | | |
| ケアマネジャー | | | | | 居宅介護支援事業所 | | |  | | | | |
| 担当者名 | | |  | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | |
| 家　族　構　成 | 続柄 | | 氏名 | | | | 日中の連絡先 | | 世帯 | | | 備考 |
|  | |  | | | |  | | 同居・別居（　　　 　　） | | |  |
|  | |  | | | |  | | 同居・別居（　　　 　 　） | | |  |
|  | |  | | | |  | | 同居・別居（　　　　 　） | | |  |
|  | |  | | | |  | | 同居・別居（　　　 　　） | | |  |
| 身体状況等 | | | |  | | 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する | | | | | | |
|  | | 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている | | | | | | |
|  | | 屋内での生活は介助を要し、日中もベッド上での生活が主体 | | | | | | |
|  | | １日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | | | | | | |
| 認知症の状況等 | | | |  | | 認知症状なし | | | | | | |
|  | | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内・社会的に自立している | | | | | | |
|  | | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られる | | | | | | |
| その他 | | | | □ケアマネジャー代理申請 | | | | | | | | |

※家族構成欄は、配達に関する連絡を取らせていただく際の参考とさせていただきます。優先順位の高いご家族様から順にご記入ください。

別記様式第1号(第4条関係)

記入例

該当する項目に、

それぞれ✔をひとつ入れてください

紙おむつ給付申請書

３・４・５

いずれかを記入

令和　**〇**年　**○**月　**○**日

　(宛先)栃木市長　大　川　秀　子

申請者本人による署名の場合は、印は不要です。

　紙おむつの給付を受けたいので、次のとおり申請します。

宅配時に緊急事態が発生した場合等に連絡いたします。

　また、この申請の審査に必要な個人情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者　（紙おむつの給付を受ける人） | 住所 | | 栃木市  **万町９番２５号** | | | | | | | | 電話番号 | **２１－２２４１** | |
| 氏名 | | **高齢　太郎**  （自著しない場合は、記名押印してください。） | | | | | | | | 性　別 | 男　・　女 | |
| 生年月日 | | 明治　・　大正　・　昭和　　　**○○**年　　**○**月　　**○○**日　(　　**△△**　歳) | | | | | | | | | | |
| 要介護区分・期間 | | | | | 要介護(　**３**　)・令和**○**年　**○**月　**○**日～令和　**○**年　**○**月　**○**日 | | | | | | | |
| おむつの使用状況 | | | | | 記入不要です | | | | | | | |
| ケアマネジャー | | | | | 居宅介護支援事業所 | | | **○×**介護事業所 | | | | |
| 担当者名 | | | 高齢　市太郎 | | | | |
| 電話番号 | | | ２１－２２４９ | | | | |
| 家　族　構　成 | 続柄 | | 氏名 | | | | 日中の連絡先 | | 世帯 | | | 備考 |
| 長男 | | 栃木　次郎 | | | | 090-0000-0000 | | 同居・別居（　　　 　　） | | |  |
| 長女 | | 高齢　花子 | | | | 080-0000-0000 | | 同居・別居（　千葉県在住 ） | | |  |
| 次女 | | 介護　市子 | | | | 090-0000-0001 | | 同居・別居（　薗部町在住 ） | | |  |
| 妻 | | 栃木　長子 | | | | 21-2241 | | 同居・別居（　　　 　　） | | |  |
| 身体状況等 | | | |  | | 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する | | | | | | |
| ✔ | | 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている | | | | | | |
|  | | 屋内での生活は介助を要し、日中もベッド上での生活が主体 | | | | | | |
|  | | １日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | | | | | | |
| 認知症の状況等 | | | | ✔ | | 認知症状なし | | | | | | |
|  | | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内・社会的に自立している | | | | | | |
|  | | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られる | | | | | | |
| その他  ケアマネジャーが申請書を提出する場合✔ | | | | **妻が常時介護しているため、紙おむつの受け渡しは妻にお願いしたい。**  紙おむつ受け渡しの際は、受け取った方の受領印等が必要になります。受取人となる方やその他、注意事項について記入してください。また、カタログやおむつの配達先が異なる場合は、希望する配達先の住所を記入してください。  □ケアマネジャー代理申請 | | | | | | | | |