狭山市在宅要援護高齢者紙おむつ給付事業利用申請書

令和　 　年　　 月　　 日

（宛先）狭山市長

住所

申請者

氏名

（対象者との続柄　　　　　　　　　　　　）

狭山市在宅要援護高齢者紙おむつ給付事業について、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 |
| 氏　　名 |  | 男 　・　 女 |
| 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　　歳） |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 狭山市 |
| 電話番号 |  | １割負担減免 | □　無　　　□　有 |
| 要介護状態区分 | 要介護　　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　　　　要支援　　１ ・ ２ |
| 認定有効期間 | 　　　　年　　　月　　　日　 ～ 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 種類 | メーカー及び商品名 | サイズ | 1日の使用枚数 | 1パック単価 | 1パック枚数 | 必要パック数 | 小計 |
| テープ ・ パンツフラット ・ パッド |  |  |  |  |  |  |  |
| テープ ・ パンツフラット ・ パッド |  |  |  |  |  |  |  |
| テープ ・ パンツフラット ・ パッド |  |  |  |  |  |  |  |
| テープ ・ パンツフラット ・ パッド |  |  |  |  |  |  |  |
| **合計金額** |  円 |
| 指定事業者の選択 | □　ふれあい広場 　　□　白十字販売 　　□　成玉舎 　□日本ケアーシステム　　　　　　　 |
|  |  |  |  |
| 代行申請事業者名 |  | 担当者 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | M・T・S　　年　　月 　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度状態区分 | 要支援要介護 | 障害高齢者の日常生活自立度 |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 |  |
| 利用者の排泄にかかる状況 |
| 【身体的状態】 |
|  |
|  |
| 【心理的状態】 |
|  |
|  |
| 【社会環境】 |
|  |
|  |
| 紙おむつ給付が必要と判断した根拠 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 配送について配慮が必要な事項があれば、こちらにご記入ください |

同意書

サービス利用を決定するにあたり、介護保険にかかる一切の情報を確認することに同意します。

　また、当該利用申請書に記載した情報を紙おむつ指定事業者に提供することに同意します。

　利用者氏名

〈狭山市記入欄〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 失禁状況 | 「常時失禁の状態像」　□ 該当あり　　　□ 該当なし |  | 受付印 |
| 認定調査票 | 「２－５排尿」 □ 自立　□ 見守り等　□ 一部介助　□ 全介助 |  |  |
| 「２－６排便」 □ 自立　□ 見守り等　□ 一部介助　□ 全介助 |  |
| 主治医意見書 | 「尿失禁」欄該当　　　　　　　　　　　　 □ 有　　□ 無 |  |
| 「特記すべき事項」に失禁に係る所見　　　 □ 有　　□ 無 |  |
| 診療情報提供書の添付 | □ 有 　　□ 無 |  |