

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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ふれあい広場 <input type="checkbox"/> 白十字販売 <input type="checkbox"/> 成玉舎 <input type="checkbox"/> 日本ケアシステム						
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】					
.....					
.....					
【心理的状态】					
.....					
.....					
【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」 <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし
認定	「2-5 排尿」 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
調査票	「2-6 排便」 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
主治医	「尿失禁」欄該当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
意見書	「特記すべき事項」に失禁に係る所見 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
診療情報提供書の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

受付印