

資料 3

八潮市高齢者在宅福祉生活支援事業利用申請書添付資料

(紙おむつ給付サービス用)

利用者名	(ふりがな)		
申請区分 (該当する区分に○印)	<input type="checkbox"/>	要介護 4 又は 5 と認定され、常時紙おむつの使用を必要とする者	
	<input type="checkbox"/>	6 ヶ月以上、次のいずれかの状態が続き、常時紙おむつを必要とする者	
	<input type="checkbox"/>	要介護 3 と認定され、疾病等により常時失禁状態にある	
	<input type="checkbox"/>	常時寝たきり状態であると認められる	
	<input type="checkbox"/>	重度の認知症等により、常時排泄の介助を必要とする	
該当する申請区分の 状態になった時期	年 月から		
1. 身体状況等 (該当する□の中にレ印を記入してください。)			
おむつの使用	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない		
	使用開始時期	年 月から	
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:)		
認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名:)		
心身等の障がい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (障がい名:)		
	障がいの種別	<input type="checkbox"/> 身体 (級) <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 療育 (①・A・B・C)	
2. 緊急連絡先			
緊急連絡先①	住所		
	ふりがな		
	氏 名		
	電話番号		利用者との続柄
緊急連絡先②	住所		
	ふりがな		
	氏 名		
	電話番号		利用者との続柄

3. 紙おむつの種類（希望する種類の選択欄に○印）			
種類	サイズ	枚数	選択欄
テープ止めタイプ	S	66枚	
	M	60枚	
	L	52枚	
テープ止めタイプ+尿取りパッド(60枚)	M	40枚	
	L	34枚	
リハビリパンツ（パンツタイプ）	S	44枚	
	M	40枚	
	L	36枚	
	LL	32枚	
	3L	28枚	
尿取りパッド	2回分吸収	180枚	
	4回分吸収	120枚	
	7回分吸収	63枚	
フラットタイプ	2回分吸収	120枚	

担当課使用欄

要介護等認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）
要介護等認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
備考	