

南相馬市長

下記の内容に同意の上、次のとおり南相馬市紙おむつ・介護用品助成の利用を申請します。

1. 本申請にかかる所得制限有無の確認のため、申請者及び使用者の全世帯員の税情報を閲覧すること
2. 本サービスを受けるに当たり、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、入所施設・病院、民生委員等へ調査内容を提示すること

1 申請者 ※当てはまる箇所に☑をつけてください。

氏 名			使用者との続柄	
住民票住所	〒 —	南相馬市 区		
電 話 番 号	— —			
利 用 券 等 送 付 先	☐ 申請者住所に同じ ☐ 使用者住所に同じ			
	〒 —			

2 使用者

フリガナ			介護保険被保険者番号	
氏 名	☐ 男 ☐ 女		生 年 月 日	年 月 日
住民票住所	〒 —	南相馬市 区		
電 話 番 号	— —			
現 住 所	(住民票と異なる場合記入)			
	〒 —			
要 介 護 認 定	☐ なし・ ☐ 申請中 要支援 (☐ 1・ ☐ 2) ・要介護 (☐ 1・ ☐ 2・ ☐ 3・ ☐ 4・ ☐ 5)		認定期間	年 月 日～ 年 月 日
現 状	☐ 在宅介護 ☐ 施設・病院入所(院)中 施設名 年 月 日から入所(院) ☐ 紙おむつは病院等に持込み ☐ 紙おむつは病院等で用意し、使用者に請求あり その他特記事項			

3 利用の状況

紙おむつ等の交換頻度	お む つ … () 日に()回 尿 とり パッド … () 日に()回
1月当たりおむつ代経費	円

4 調査員(ケアマネージャー等)記入欄

調査日	年 月 日	調査員	
寝たきり度	☐ 自立・ ☐ J1・ ☐ J2・ ☐ A1・ ☐ A2・ ☐ B1 ☐ B2・ ☐ C1・ ☐ C2	認知症度	☐ 自立・ ☐ Ⅰ・ ☐ Ⅱa・ ☐ Ⅱb・ ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb・ ☐ Ⅳ・ ☐ M
事業者・管理者名			
住 所	〒 —		
電 話 番 号	— —		