

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、 <u>申請者及び使用者の全世帯員の税情報を閲覧すること</u>
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

氏 名	〒 - 南相馬市 区	⑩	使用者との 続柄
住 所 (住民票)	〒 - 南相馬市 区	電話番号 () -	
利用券等 送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 使用者住所と同じ 〒 -		

2 使用者

※当てはまる箇所には☑をつけてください。

フリガナ			
氏 名	(男・女)	介護保険被保険者番号	
		生年月日	年 月 日(歳)
住 所 (住民票)	〒 - 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	<input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 施設・病院入所(院)中 (施設名) 年 月 日から入所(院) <input type="checkbox"/> 紙おむつは病院等に持込み <input type="checkbox"/> 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 -	