

在宅介護用おむつ給付申請書

令和 年 月 日

新 富 町 長 殿

申請者 住所：新富町  
氏名：  
電話：( )

<尿取りパット又は紙おむつを常時使用し始めた時期>

年 月 日

<使用している製品名・1日あたりの使用枚数>

枚/日

<最近入院した期間>

年 月 日から 年 月 日

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
	住所	新富町 地区名 ( )			
給付を希望する理由					
住まいの状況		自家・借家	便器	和式 ・ 洋式 ・ ポータブル	
い。 （該 当 項 目 を ○ で 囲 ん で く だ さ い。）	歩 行	1 自分でできる	2 一部介助を要する	3 全部介助を要する	
	排 泄	1 自分でできる	2 一部介助を要する	3 全部介助を要する	
	食 事	1 自分でできる	2 一部介助を要する	3 全部介助を要する	
	洗 身	1 自分でできる	2 一部介助を要する	3 全部介助を要する	
	着脱衣	1 自分でできる	2 一部介助を要する	3 全部介助を要する	
	認 知	1 ひどい物忘れ 2 被害妄想 3 幻視・幻覚・幻聴 4 徘徊 5 その他の問題行動 ( )			
介護度及び期間		要支援・要介護 年 月 日から 年 月 日			
民生委員の意見		上記のとおり間違いありません。 民生委員 氏名			
利用販売店		1 関屋薬局			