

塩谷町高齢者紙おむつ等給付支援事業利用申請書

令和 年 月 日

塩谷町長様 (申請者)

住所

氏 名

(対象者との続柄)

電話 番 号

下記のとおり、紙おむつ等の給付を申請します。

記

対象者		性別	男女	生年月日 (年齢)	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
	塩谷町大字			世帯主名		
対象者の状態	☐ 寝たきりの状態 ☐ 重度の認知症					
	・ 現在の状況 ☐ 失禁がある ☐ その他（具体的に） 					
・ 紙おむつ等を使い始めたのは、平成・令和 年 月頃から ・ 1ヶ月のうち在宅にいる日数 日						
主な介護者氏名					対象者との続柄	
要介護度		1	2	3	4	5
常時おむつ等の使用を必要とする者の判断基準（要介護度3の方）						
該当事項	寝たきり度B2以上で常時紙おむつ等を使用している					
	認知度Ⅲa以上で常時紙おむつ等を使用している					

※ 該当事項に○をつけて下さい。