別記様式第１号（第４条関係）

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

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男
女</td><td>生年月日
（年齢）</td><td>明・大　　年　月　日
昭・平　　（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="3">塩谷町大字</td><td colspan="2">世帯主名</td><td></td></tr>
<tr><td>対象者の状態</td><td colspan="6">・　現在の状況　　□　寝たきりの状態
□　重度の認知症
・　紙おむつを必要とする理由
□　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</td></tr>
<tr><td colspan="2">主な介護者氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">対象者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護度</td><td colspan="5">1　　2　　3　　4　　5</td></tr>
<tr><td colspan="7">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）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">該当事項</td><td></td><td colspan="5">寝たきり度B2以上で常時紙おむつ等を使用している</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">認知度Ⅲa以上で常時紙おむつ等を使用している</td></tr>
</table>

※　該当事項に〇をつけて下さい。