

在宅介護支援事業利用申請書

〔介護用品給付サービス事業（紙おむつ給付）〕

年 月 日

桂 川 町 長 様

申請者 住 所：桂川町大字
(行政区：)
氏 名 (印)
(利用者との続柄：)
(連絡先： -)

在宅介護支援事業〔介護用品給付サービス事業（紙おむつ給付）〕の利用を申請します。

1 利用者	氏 名	性 別	男 ・ 女	電話番号	—
	住 所	桂川町大字		行政区	
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	年 齢	満 歳
2 世帯の状況	氏 名	年 齢	利用者との続柄	備 考	
			本 人		
3 身体及び日常生活動作	(1) 身体状況		(2) 日常生活動作状況		
	視 力	普通・弱視・全盲	歩 行	自分で可・一部介助・全介助	
	聴 力	普通・やや難聴・難聴	排 泄	自分で可・一部介助・全介助	
	言 葉	普通・少し不自由・不自由	食 事	自分で可・一部介助・全介助	
	褥 瘡	無・有（程度）	入 浴	自分で可・一部介助・全介助	
	おむつ	無・有（昼夜・夜のみ）	着脱衣	自分で可・一部介助・全介助	
4 精神状況	精神状態	正 常 ・ 認 知	問題と思われる行動	有 ・ 無	
	記憶障害	重 度 ・ 中 度 ・ 軽 度	(具体的に記入)		
	失見当	重 度 ・ 中 度 ・ 軽 度			
5 健康	健康状態	良好・普通・あまり良くない（ ）			
	主病名	(3)主医療機関名			
6 紙おむつ	1日当たりの紙おむつ使用枚数	1日当たり 枚程度使用している。			
	使用している紙おむつサイズ	S ・ M ・ L ・ そ の 他 （ ）			
	紙おむつの着用年齢	歳頃（ 年頃）から着用している。			

※ 別紙を参考に必要事項を記入し、該当するところに○印をつけてください。