

年 月 日

館林市社会福祉協議会
会長

様

申請者 住所

氏名

(対象者との続柄：)

電話

紙おむつ等給付事業申請書

- 審査に必要となる私の世帯の課税状況、要介護度等について関係機関に調査・照会・
閲覧・報告することに同意します。

| | | | | |
|------|--|-----|--------|---|
| 対象者 | フリガナ | | 生年月日 | |
| | 氏名 | 男・女 | 年 月 日 | 歳 |
| | 住所 | 館林市 | 電話 () | |
| 希望種別 | 裏面に記入 | | | |
| 介護保険 | 1. 要介護区分 : 1・2・3・4・5 2. 障害者手帳 : 身体・療育 () 3. その他 : () | | | |
| 世帯構成 | 1. ひとり暮らし高齢者 2. 高齢者2人世帯 3. 日中ひとり暮らし高齢者 4. その他世帯 () | | | |
| 身体状況 | <input type="checkbox"/> 屋内では概ね自立しているが、屋外では介助を要する <input type="checkbox"/> 主に屋内で生活し、屋外では一部介助を要する <input type="checkbox"/> 主にベッド上で生活し、屋内でも介助を要する <input type="checkbox"/> 終日ベッド上で生活し、日常生活に介助を要する | | | |
| 移動 | <input type="checkbox"/> 概ね自立している <input type="checkbox"/> 一部介助を必要とする <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用して移動できる <input type="checkbox"/> 全介助を必要とする | | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 尿意(有・無) <input type="checkbox"/> 便秘(有・無) | | | |
| 排泄状態 | <input type="checkbox"/> 概ね自立している <input type="checkbox"/> 概ね自立しているが一時的に必要とする <input type="checkbox"/> 夜間等に必要とする <input type="checkbox"/> 常時必要とする | | | |
| 特記事項 | 対象者の住所以外に給付を希望する場合は、その理由と給付先を記入してください (市内に限る) | | | |

※ サービス利用に際し、関係機関へ課税状況・要介護度の確認を行います

