

稲美町家族介護用品給付申請書

年 月 日

稲美町長様

申請者 住所 _____
ふりがな
氏名 _____
関係 () 電話 _____

稲美町家族介護用品給付事業実施要綱第6条の規定に基づき、 年度の介護用品の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、世帯全員の課税状況については、稲美町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

利用者	住所	稲美町			電話	—
	ふりがな 氏名				性別	男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (歳)				
	要介護度	4・5	有効期間	年 月 日～年 月 日		
	常時おむつを使用するようになった時期	年 月 日から				
希望品目	別紙希望品目表のとおり					
現在使っている紙おむつ等(初回申請時のみ記入すること)	メーカー名	製品名	大きさ	1日の使用枚数		
世帯状況	世帯員氏名	続柄	生年月日	職業	課税状況	
緊急連絡先	住所				電話	
	氏名				関係	

*以下事務処理欄

更新情報	要介護度	4・5	有効期間	年 月 日～年 月 日	
	要介護度	4・5	有効期間	年 月 日～年 月 日	
	世帯課税状況確認	<input type="checkbox"/> 年度 町民税非課税世帯			

該当する箇所にチェックして下さい。

身体 の 状 況	視 力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 聴こえる <input type="checkbox"/> 少し聴こえにくい <input type="checkbox"/> 大声でなんとか聴こえる <input type="checkbox"/> 全く聴こえない
	言 語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話しにくい <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない
精 神 の 状 況	記憶 障害	<input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない <input type="checkbox"/> 寸前のことを忘れる <input type="checkbox"/> 最近の出来事がわからない <input type="checkbox"/> 物忘れ、置き忘れが目立つ
	失見当	<input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからない <input type="checkbox"/> 時々自分の部屋がわからなくなる <input type="checkbox"/> 異なった環境に置かれると一時的にどこにいるのかわからなくなる
	意思 疎通	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 少し理解できない <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない <input type="checkbox"/> 全く理解できない
日 常 生 活 の 状 況	問 題 行 動	<input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行うことがある <input type="checkbox"/> 自分の身体に傷つけることがある <input type="checkbox"/> 火の扱いに不安がある <input type="checkbox"/> 外に出て、帰れなくなったことがある <input type="checkbox"/> 家であてもなく動き回ることがある <input type="checkbox"/> 興奮したり騒いだりすることがある <input type="checkbox"/> 失禁（おもらし）することがある <input type="checkbox"/> 会話がしにくいことがある <input type="checkbox"/> 場所をかまわず放尿したり、便をさわったりすることがある <input type="checkbox"/> その他、注意するようなことがありましたら記入して下さい ()
	移 動	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 杖等を利用して歩ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩けない
	行 動	<input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 家の廻り <input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 床の上
	食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べれる（はし・スプーン） <input type="checkbox"/> 介助が必要（普通食・おかゆ・流動食） <input type="checkbox"/> 自分では食べれない
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要（便所・便器） <input type="checkbox"/> 全くできない
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全くできない
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全くできない

※以下は記入しないで下さい。

判 定	決 定 ・ 却 下	判定年月 日	年 月 日
調査年月日	年 月 日	確 認 者	印
開始年月日	年 月 日	所 見	
利用回数	週 回		
備 考			