

家族介護用品・在宅高齢者紙おむつ支給申請調査書

申請年月日 令和 年 月 日

対象者	フリカナ氏名	スサミ タロウ		生年月日	昭和9年1月1日			
		周参見 太郎		性別	男・女			
	住所	〒 649-2621 すさみ町周参見△△△△						
	電話番号	0739-55-××××						
	介護保険被保険者番号	4	0	6	0	0	要介護区分	要介護1
有効期間	令和8年1月1日 ~ 令和9年12月31日							
世帯員の状況	氏名	続柄		生年月日	課税状況			
					町民税	前年分所得税額		
	周参見 太郎	本人		昭和9年1月△日	0 円	0 円		
	周参見 花子	妻		昭和15年2月○日	0 円	0 円		
					円	円		
世帯区分	1.被保護世帯 2.町民税非課税世帯							
	3.町民税課税世帯 4.所得税非課税世帯							

■ 紙おむつ等が必要な理由(要介護1～3の方)

確認対象書類	確認すべき具体的な項目と内容	確認結果・記載内容
主治医意見書	「尿失禁の可能性あり」にチェックがあること	☒ あり
認定調査票	1.「排尿」の状況:(全介助 / 一部介助 / 見守り等)	☒ 全介助 ☒ 一部介助(頻度:)
	2.「排便」の状況:(全介助 / 一部介助 / 見守り等)	☐ 全介助 ☒ 一部介助(頻度:)
アセスメントケアプラン	該当する生活援助・身体介護の記載(第2表「排泄介助」「オムツ交換」「皮膚の清潔保持」等の位置づけ)	☒ あり (第2表 長期 / 短期目標に記載)

【添付書類】

主治医意見書、認定調査票(特記事項・概況調査)、アセスメント表、および直近の介護サービス計画書(第1表～第3表)の必要な書類の写し(コピー)を添付してください。

(居宅介護支援事業所)	(担当者)
ケアプランセンター〇〇〇	〇〇 〇〇

※担当のケアマネジャーがいる場合に記入してください。

■ 配達先指定(本人宅以外への配達を希望する場合のみ記入)

送付(配達)先住所	すさみ町周参見〇〇〇		
宛名(受取人名)	周参見 一郎	続柄	長男
連絡先(電話番号)	090-〇〇〇〇-××××		

※本申請書に記入された個人情報は、紙おむつ配達(支給)のために指定事業者へ提供いたします。