令和　　年　　月　　日

戸沢村長　渡部　秀勝　　殿

　　　　　　　申請者（介護者）

氏　　名

住　　所　戸沢村大字

電話番号　　　　　―　　　　　　－

戸沢村紙おむつ支給事業支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用者 | 住　所 | 戸沢村大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地区名（　　　　　　） | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 男・女 | 生年月日 | 大正  昭和　　　　年　　月　　日（満　　歳） | | | |
| 障害名 | | | 手帳番号 | | | | | 介護度 | 障害等級  　　　　　　　級 |
| 【配　達　先】※自宅以外へ配達を希望する方は、配達先の住所を記入ください。 | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 同居世帯員の氏名 | | 続柄 | | 年齢 | 職業 | | 勤務先 | | 所得税課税の有無 |
|  | |  | |  |  | |  | | 有・無 |
|  | |  | |  |  | |  | | 有・無 |
|  | |  | |  |  | |  | | 有・無 |
|  | |  | |  |  | |  | | 有・無 |
|  | |  | |  |  | |  | | 有・無 |
| 申請理由 | | | | | | | | | | |
| おむつ支給 | 1.所要枚数　　　　　１日あたり　　　枚  2.現状になった時期　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  3.おむつを使用するようになった時期　　　　年　　月　　日  4.現在の使用状況  　ア.常時使用　　　イ.夜間のみ使用　　　ウ.その他（　　　　　　　）  5.希望のおむつ  　ア.テープ止型（テープ止タイプ）　イ.パンツ型（はくパンツ型）　ウ.尿取りパッド | | | | | | | | | |

次により、受給したいので申請します。

**介護（おむつ）を必要とする方の、心身の状況、日常生活についてお伺いします。**

**該当する項目を○で囲んでください。**

**心身の状況について**

1. **病気等により、身体の何かに麻痺がありますか。**

**１.ある　２.ない**

1. **①であると答えた方に、麻痺の部位を記入ください。　例）右足、上肢　など**

1. **歩くことは可能ですか。**

**１.自分で歩くことができる**

**２.自分であるくことはできるが、筋力の低下などにより歩く速さがかなり遅い**

**３.歩く際、杖や手すりを必要とする**

**４.肩をかすなど、介助することで歩行が可能となる**

**５.自力で歩くことが困難**

1. **認知症と診断されましたか。**

**１.ある**

**２.ない**

**３.診断されてはいないが、今後医師に相談する予定である。**

**排泄等の状況について**

1. **現在、常時おむつを使用していますか。**

**１ある**

**２ない**

**排泄の状況について**

1. **現在、常時おむつを使用していますか。**

**1.ある　２.ない**

1. **トイレへ自力で行くことが可能ですか。**

**１.いくことができる**

**２.いくことができない**

**３.いくことはできるものの、途中で失禁することがある**

1. **おむつを必要とする理由についておたずねします。**

**１.病気や高齢などの体力の低下により、トイレにいくことが困難となったため**

**２.認知症等の精神的な要因により、トイレに行くことが困難となったため**

**３.その他**

**※その他に記入の方は、理由についてご記入ください。**

1. **歩くことは可能ですか。**

**１ある**

**２ない**

1. **認知症と診断されましたか。**

**１ある**

**２ない**

**３診断されてはいないが、今後医師に相談する予定である。**

**日常の過ごし方について**

1. **食事は自分でとることが可能ですか。**
2. **はい**
3. **いいえ**
4. **介助を必要とする**
5. **入浴の状況についてお伺いします。**

**１.１人で入浴ができる**

**２.介助すれば入浴ができる**

**３.自宅での入浴は難しい（介護サービスを利用している）**

1. **日中の過ごし方についてお伺いします。**

**１.外出することもあり、介助なく行動することができる**

**２.外出は困難だが、自宅内を介助なく行動できる**

**３.自宅内での行動について見守りが必要である**

**４.自宅内での行動について多くの介助を必要とするが、寝たきりの状態ではない**

**５.寝たきりの状態である**

**その他**

1. **介護サービスを受けている、また受けようとお考えで、申請手続きを行いましたか**

**１.はい**

**２.いいえ**

**３.今後申請する予定である**

1. **上のご質問で「はい」とお答えの方（介護サービスの申請をした）とお答えの方にお聞きします。介護区分はいずれに該当しますか。**

**総合事業**

**要支援　　　　　　１・２**

**要介護　　　　　　１・2・3・4・5**

　　　記入者（介護者）の氏名、住所、電話番号をご記入ください。

|  |
| --- |
| お名前 |
| 住所 |
| 電話番号  ご記入ありがとうございました。 |

村確認欄