様式第１号（第４条関係）

介護用品（紙おむつ等）給付申請書

年　　月　　日

田布施町長　様

（申請者）住所

　　　　　氏名

　　　　　給付対象者との続柄　（　　　　　）

電話番号　（　　　　）　　－

次のとおり田布施町ねたきり老人等介護用品(紙おむつ等)給付要綱の規定に基づき紙おむつ等を給付されるよう申請します。また、本申請書にかかる審査のため必要となる下記の者の介護保険要介護認定状況及び医療機関や障害者福祉施設・介護保険施設等の入院または入所状況等について、町による調査を承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付対象者 | 住所 | | | | 田布施町 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | 電話番号 | | | （　　　　）　　－ | | | | |
| 生年月日 | | | | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　　　歳 | | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| この申請書の記入日時点における、老人ホーム・ケアハウス・ケアホーム・老人保健施設・障害者福祉施設の入所、又は病院への入院の状況**（該当する方に○を記入）** | | | | | | | | | **１ 入所または入院している ２ していない**  （ショートステイなどの短期入所やデイサービスなどの通所、医療機関の通院は除きます） | | | | | | | | | |
| 該当する給付要件  **（あてはまる要件に○を**  **記入）** | | |  | | | 介護保険の要介護度が４または５ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 要介護認定申請に必要な主治医意見書において、「障害老人の日常自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」となっている | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 所得税及び町県民税における医療費控除を受けるため、医師から紙おむつが必要であることの証明として「おむつ使用証明書」の発行を受けた | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 「おむつ使用証明書」の発行を受け、２年目以降、要介護認定を受けている場合、「おむつ使用証明書」に代わる、介護保険主治医意見書記載内容確認書の発行を受けた | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 障害者総合支援法に基づく障害支援区分の認定において、「移乗・移動・立ち上がり・排尿・排便」の項目が「全介助」又は「できない」に該当する | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険被保険者番号 | | | |  | | | | | | 要介護認定有効期間終了日 | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 指定取扱業者 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 給付介護用品  **（希望するものに○）** | | | | | | | 紙おむつ・紙パンツ | | | | | 枚/月 | | | サイズ　S ・ M ・ L ・ LL | | | |
| 尿取りパット | | | | | 枚/月 | | | | | | |
| 主な介護者 | 氏名 | | | | | | 続柄 | 生年月日 | | | | | 勤務先 | | | 介護状況 | | |
|  | | | | | |  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | |  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |