

(様式第1号)

会 長	事 務 局 長	事 務 局 次 長	係 長	係

紙おむつ支給申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人藤崎町社会福祉協議会
会 長 神 勝 衛 殿

申請者 _____ 印

住 所 藤崎町大字 _____

町内名 _____

連絡先 _____

下記のとおり、藤崎町社協紙おむつ支給事業を利用したいので、申請いたします。

対 象 者 氏 名	性 別	生 年 月 日
	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
住 所 (申請者と同じ場合は、記入不要)	藤崎町大字 _____ 字 _____ (町内名 _____) 電話 _____	
主 介 護 者	_____ 年 月 日生 (続柄: _____)	
身 体 状 況 等	_____ _____ _____	
居 宅 事 業 所	担当者 _____ 電話 _____	
介 護 度	_____	
予 防 事 業 該 当	_____	
特 記 事 項	※調査の日程や時間帯の要望等 (例; 家族はほぼ在宅なのでいつでもOK)	

【支給対象の要件】

藤崎町に在宅している高齢者等で常時在宅 (グループホーム、ケアハウス、有料ホーム、高齢者アパート以外) で介護を要する状態の者 (寝たきり、認知症、重度身障者<児>)。

【①～③は支給の対象外】

- ①藤崎町介護用品支給サービス受けている方
- ②生活保護世帯の方
- ③特別障害者手当受給されている方

以下の項目は、社協の確認欄のため記入不要。

○ ①～③は支給の対象外

- ① 藤崎町介護用品支給サービス受給者 (有 / 無)
② 生活保護世帯 (有 / 無)
③ 特別障害者手当受給者 (有 / 無)

○ 身体状況

認知症の状態	軽 度	中 度	重 度
失禁等の状態	トイレ誘導可能	時々失禁	常時失禁
総合判断 (本人及び 家族からの 聞き取り調 査含む)	A ランク ・ 屋内は、ほぼ自立 ・ 介助にて外出。 ・ 介助にて外出。離床可能。 ・ 外出が少ない ・ 横になる時間が多い。	B ランク ・ 屋内で要介助。 ・ 生活主体は、ベッド上。 ・ 移乗可能 ・ 食事・排泄は離床。 ・ 移乗面で要介助。	C ランク ・ 全日臥床状態。 ・ 食事・排泄・着脱介助。 ・ 自力寝返り可能。 ・ 自力寝返り不可能。

○ 支給する紙おむつの種類及び数量

- 尿取りパット 30 枚入り _____ 袋 はくパンツ L サイズ 18 枚入り _____ 袋
 尿取りパットワイド 30 枚入り _____ 袋 はくパンツ LL サイズ 16 枚入り _____ 袋
 フラット 30 枚入り _____ 袋 テープタイプ S サイズ 16 枚入り _____ 袋
 はくパンツ S サイズ 22 枚入り _____ 袋 テープタイプ M サイズ 15 枚入り _____ 袋
 はくパンツ M サイズ 20 枚入り _____ 袋 テープタイプ L サイズ 13 枚入り _____ 袋

紙おむつを届ける場所及び置き場所

紙おむつ事業は、誰から・どこから知りましたか。

- ご近所の方 社協広報紙 ホームページ ケアマネージャー 病院関係者
 その他 (_____)

※ 調査日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 調査員氏名 _____ 印