

(様式第1号)

会 長	事務局長	専 門 官	係 長	係

紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人藤崎町社会福祉協議会長 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 <small>(申請者と同じ場合は、記入不要)</small>	藤崎町大字 (町内名	字) 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>)。

【①～②は支給の対象外】

- ② 特別障害者手当受給されている方
- ② 生活保護世帯で保護費におむつ代として加算されている方

以下の項目は、社協の確認欄のため記入不要。

○ ①～②は支給の対象外

①特別障害者手当受給（有 / 無）

②生活保護世帯で保護費におむつ代として加算されている方（有 / 無）

○ 身体の状態

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	A ランク	B ランク	C ランク
(本人及び 家族からの 聞き取り調 査含む)	・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。	・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。	・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 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 調査員氏名 _____ 印