

介護用品給付サービス利用申請書

(紙おむつ給付サービス事業)

介護保険被保険者番号											
小 郡 市 長 殿 介護用品給付サービス事業（紙おむつ給付サービス・介護用品給付サービス事業）の利用について申請します。なお、利用者の世帯構成状況並びに利用者及び世帯員の課税状況について、住民基本台帳等により確認されることを承諾します。											
1 利用者											
氏 名						男・女	※ 希望のタイプに印をつけて下さい。				
生年月日	明 治 年 月 日 (歳)						☐ パンツ（オムツカバー不要）テープ止め S・M・L ☐ フラット（オムツカバー必要） ☐ 尿取りパット ☐ リハビリパンツ（はくパンツ） S・M・L				
住 所											
電 話											
2 世帯の状況											
氏 名		利用者との続柄		氏 名		利用者との続柄					
3 紙おむつの使用状況											
1日当りの紙おむつの使用枚数						1日 枚程度使用している					
申請書を提出した人 氏 名 続 柄 住所 連絡先 ()											

市記入欄

校 区		地域包括支援センター									
日常生活自立度判定基準(ねたきり度)		ランク	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症高齢者日常生活自立度判定基準		ランク	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M		
要 介 護 度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
介 護 保 険 料 (段階)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
介護用品給付サービス事業	該 当 ・ 非 該 当										
備 考											