

泉佐野市高齢者介護用品給付申請書

年 月 日

泉佐野市長様

(申請者) 住所 泉佐野市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

対象者との関係 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

下記により泉佐野市高齢者介護用品を受給したく申請します。  
 なお、受給資格について、介護保険認定審査結果(主治医意見書を含む)及び市民税課税台帳等により確認すること並びに包括支援センター職員等が対象者の現在の状態を確認する必要があることを承認します。また、給付対象者でなくなった場合は、ただちに泉佐野市へ届け出ることを誓約します。

対象高齢者	ふりがな氏名	男・女	生年月日	年 月 日 歳
	住所	泉佐野市		電話番号 _____
家族状況	氏 名	年齢	続柄	備考(主介護者に○)
ふりがな同居者				
別居者				

(↑主介護者が別居の場合に記入)

要介護度	2・3・4・5	(認定日)	年 月 日
------	---------	-------	-------

担当ケアマネ記入欄(もしくは主治医) <span style="float:right">担当ケアマネがない場合はご相談ください</span>	
事業所(診療所) ケアマネ氏名(医師)	下記の理由により紙おむつ等を使用しており申請が必要であると認めます。 なお給付対象者でなくなった場合は届け出ます。 事業所(診療所) _____ 連絡先 _____ ケアマネ氏名(医師) _____ 連絡先 _____
介護用品が必要な理由	認知症・脳血管疾患・心疾患・リウマチ・パーキンソン病・尿路疾患 変形性関節症・その他 ( )

状態確認欄 (担当ケアマネが記入。担当ケアマネがない場合は申請者が記入。)

項目名	要介護認定時の状態 (認定調査票)	現在の状態
排尿	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 ~ 4) 全介助	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 ~ 4) 全介助
排便	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 ~ 4) 全介助	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 ~ 4) 全介助
ズボン等の着脱に関する特記事項(※)		

※認定調査票の項目の「排尿」「排便」が 1)の場合、特記事項に記載があれば転記してください。