

横須賀市ねたきり等高齢者事業(出張理容等・寝具丸洗い・紙おむつ)申請書

(あて先) 横須賀市長

私は、紙おむつ支給決定に関して必要な市税、介護保険における要介護認定結果及び要介護認定調査の内容等を横須賀市長が調査することに同意します。

記入日：令和 年 月 日

↓*希望する事業の□に、✓を記入してください。(必要に応じ別紙を添付してください。)

- ①出張理容等 対象者:要介護5~3 ※要介護2・1、要支援2・1の方は利用できません。
- ②寝具丸洗い 対象者:要介護5~3 要介護2・1の方は、別紙「**身体状態証明書**」
- ③紙おむつ 対象者:要介護5・4 要介護3~1、要支援2・1の方は、裏面「**排尿・排便等の状態確認票**」

*申請者 (サービス利用者)	住んでいる住所	〒 (方書・施設名) 横須賀市 (介護保険被保険者証の住所) <input type="checkbox"/> 現在住んでいる住所と同じ		
	ふりがな			生年月日
	氏名			大正・昭和 年 月 日 (歳)
	介護保険被保険者番号			要介護度 (該当に○) 要介護 5・4・3・2・1 要支援 2・1 ←紙おむつのみ
	①②券の受取の可否	※上記お住まいのご住所で、書留郵便(①出張理容等②寝具丸洗いの券)の受取はできますか? <input type="checkbox"/> 受取できる <input type="checkbox"/> 受取できない →下部、送付先欄 ※1 を記入		
*連絡を受ける方	ふりがな	※優先順にご記入ください。		
	氏名	電話番号	(1)	
	申請者との続柄または事業所名		(2)	
①理容・美容	◎どちらの出張を希望するか選択し、✓を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 理容師 ※希望店がない場合は記入不要です。希望店が担当とならないこともあります。 <input type="checkbox"/> 美容師 希望店名 () 店の場所 () 町)			
③紙おむつ	◎紙おむつ支給事業者(お店)を選択し、✓を記入してください。			希望商品番号・個数
	<input type="checkbox"/> ㈱柴橋商会 <input type="checkbox"/> ㈱ケアポート介護のお店ふれあい <input type="checkbox"/> ㈱成玉舎 <input type="checkbox"/> (有)グループライフサービス <input type="checkbox"/> ㈱ニチイ学館ニチイケアセンター横須賀			
*申請書提出者	氏名	電話番号		
	申請者との続柄または事業所名			
①② ※1 券の送付先	書留郵便(①出張理容等②寝具丸洗いの券)がお住まいのご住所で受け取れない方のみご記入ください。			
	住所	〒	続柄	
	氏名	電話番号		

太枠内をご記入ください。(※は必須項目) 本申請書および別紙の記載内容に疑義が生じた場合は、実態調査を行います。また、虚偽が確認された場合は、決定を取り消し等する場合がございます。

受付者	決定日:	. . .	認定区分: 介・支 ()	收受印
	認定期間:	. . . ~ . . .		
郵便・通送	①NO.	(枚)	②NO.	
	③NO.	却下: . . .	税・基準・他	

ねたきり等高齢者紙おむつ支給申請に係る「排尿・排便等の状態確認票」

申請者 (サービス利用者)	氏名	
	介護保険被保険者番号	

要介護3・2・1、要支援2・1の方は、以下の質問にご回答ください。

《回答方法》 □は✓を、()内は数字・文字を記入してください。

※支給決定の際の判断基準となりますので、近況について正しくお答えください。

なお、申請者(利用者本人)以外の方が、お答えください。

① **使用している紙おむつ等の種類** 注)ちよい漏れ対策のための使用を除く

- 紙おむつ・リハビリパンツのみ
- 紙おむつ・リハビリパンツと、尿取りパッド
- 尿取りパッドのみ (CC吸収)

② **紙おむつ等の交換頻度(平均回数)**

日中：紙おむつ・リハビリパンツ () 回、尿取りパッド () 回

夜間：紙おむつ・リハビリパンツ () 回、尿取りパッド () 回

③ **排泄時の介助は必要ですか。**

- いいえ 注)紙おむつ等を使用しているが、排泄行為のすべてを1人でできる方は「いいえ」
- はい (主な介助者：)



「はい」の方は、具体的な介助の内容についてご回答ください。(複数回答可)

- トイレに行くタイミングの声掛けおよびトイレまでの誘導
- ズボン・パンツ等の上げ下げ
- トイレの中での排泄時の一連の動作等の声掛け指示
- 排泄後のふき取り
- 排泄後のトイレの水洗
- 紙おむつ・リハビリパンツ・パッドの交換
- 失禁の汚れに伴う掃除

【確認票回答者】 記入日 令和 年 月 日

氏名 _____

申請者との続柄
または事業所名 _____

電話番号 _____

※記入漏れがないか、今一度ご確認くださいませようお願いします。

要介護認定調査票：認定調査日 . . 排尿：4・3・2・1 排便：4・3・2・1

状況確認票：基準該当・基準外・未記入あり判定不可