

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。 ※入院中は申請できません。
※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
- ☐ 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」
- ※有料老人ホームやグループホームを含む施設等に入所されている方は、③紙おむつの申請はできません。

*申請者 (サービス利用者)	住んでいる住所	〒 横須賀市 (方書・施設名)				
	介護保険証の住所	☐ 現在住んでいる住所と同じ 横須賀市				
	ふりがな			生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	氏名					
	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
	①②券の受取の可否	※現在住んでいる住所で、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? ☐ 受取できる ☐ 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			電話番号	※優先順にご記入ください。	
	氏名				(1)	(2)
	申請者との続柄または事業所名					
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。 ☐ 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。 ☐ 美容師 希望店名 () 店の場所 (町) ※散髪する時の姿勢について教えてください。 ☐ 椅子等に座って ☐ 寝たまま					
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	
	☐ グリーンスノー(株) ☐ (有)グループライフサービス					
	☐ (株)ケアポート介護のお店ふれあい ☐ (株)成玉舎					
	☐ (株)ニチイ学館ニチイケアセンター横須賀 (50音順)					
*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					
①②③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。

区分変更中の方は、介護度確定後の受理となりますのでご了承ください。

【R7.3 現在】 事務担当は、民生局福祉こども部介護保険課福祉サービス係(電話) 046-822-8255

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①～③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、実際に介助等されている方が近況について正しくお答えください。なお、介助者が記入できない場合は、申請者(利用者本人)以外の方が介助者等に状態を確認したうえお答えください。

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 自宅で排泄時に介助は必要ですか。
☐ 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 注)日常的な家事で行う掃除を除く

【確認票回答者】 上記は、現在の状態を確認したうえで回答 (記入) しました。

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

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		
状態確認票：基準該当・基準外・未記入あり判定不可		
受付者 郵便・通送	認定区分：介・支 期間 . . . ~ . . . ①②決定日： . . . ① () ② () ③決定日： . . . 非 却下/ 税・基準	収受印