

敦賀市家族介護継続介護用品（紙おむつ支給券）支給申請書

敦賀市長 宛

申請者 住 所
氏 名
対象者との関係 （ ）
電話番号

敦賀市家族介護継続介護用品支給事業を利用したいので、申請いたします。

対象者 (おむつを利用する方)	介護保険被保険者番号							
	フリガナ					生年月日 明・大・昭		
	氏 名					年 月 日 () 歳		
	住 所	〒 敦賀市		電話番号				
介護度	要介護	有効期間	年 月 日～		年 月 日			
通知等 送付先	通知等送付先を申請者以外に希望される方は以下に記入							
	<input type="checkbox"/> 対象者（～送付の場合 <input checked="" type="checkbox"/> のみ記入）							
	フリガナ 氏 名					続柄（対象者からみて）		
	住 所	〒		電話番号				

同 意 書

本事業の実施に必要があるときは、私及び世帯員の市民税課税状況、介護保険情報等について調査閲覧することに同意いたします。

氏名は自署してください。本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、本人の同意を得て代筆してください。

	氏 名	支給の可否					可 否		受付印	
対象者		対象者の市民税課税状況		課税 非課税						
世帯員		世帯の市民税課税状況		課税 非課税						
世帯員		入所	入院	生保	欠損	段階				
世帯員		おむつ		使用している 使用していない						
世帯員		調査票	排尿	介助されていない 見守り等		一部介助	全介助			
世帯員			排便	介助されていない 見守り等		一部介助	全介助			

*裏面の排泄状況調査票も記入してください

排泄状況調査票

対象者の排泄にかかる現在の状況にあてはまるものを下記の選択肢1～4の中より選び、回答欄の該当する番号に○を記入してください。

選択肢の選択基準

- 1 「自分で」
・「排尿」、「排便」の介助が行われていない場合をいう。
- 2 「見守り等があれば」
・「排尿」、「排便」の介助は行われていないが、一連の行為に常時の付き添い、「見守り」「確認」「指示」「声かけ」の必要がある場合をいう。
- 3 「一部介助があれば」
・「排尿」、「排便」の一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。
- 4 「全介助があれば」
・調査対象者の「排尿」、「排便」の介助のすべてが行われている場合をいう。

調査項目	回答欄
紙おむつ《リハビリパンツ、尿とりパッドを含む》を使用している	はい いいえ
紙おむつ《リハビリパンツ、尿とりパッドを含む》の交換ができる	1 2 3 4
トイレまで移動できる	1 2 3 4
トイレの扉を開け、入ることができる	1 2 3 4
便座に座り、立ち上がることができる	1 2 3 4
ズボンや下着を上げ下げできる	1 2 3 4
排泄後、排水レバーを操作できる	1 2 3 4
トイレットペーパーで拭き取りができる	1 2 3 4
トイレやポータブルトイレ、尿器や排便器等への排尿、排便直後の掃除	1 2 3 4

該当する場合のみ回答してください。

尿カテーテルを使用し、準備、後始末ができる	1 2 3 4
ストーマ《人工肛門》袋の準備、交換、後始末ができる	1 2 3 4

調査項目について特記すべき事項がある場合は記入してください。

調査票 判定	該当 非該当	確認者	確認者
-----------	-----------	-----	-----