

様式第1号

甘楽町紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

甘楽町長 森 平 仁 志 様

[申請者] 住 所 甘楽町大字

氏 名

電話

甘楽町紙おむつの支給を受けたいので、甘楽町紙おむつ支給事業実施要綱第4条の規定により申請します。

[使用者] 住 所 甘楽町大字

氏 名 男 ・ 女

生年月日 (明・大・昭・平・令 年 月 日) 年齢 歳

※配付希望サイズ等は、別紙の組み合わせ表の中から選択してください。

状況調査票

介護保険の有無	有 ・ 無	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
ケアマネージャーの有無	有 ・ 無	事業所及び担当者	
障害者自立支援法の有無	有 ・ 無	認定区分	1・2・3・4・5・6

日常生活動作の状況（□にチェックをしてください。）

項 目	できる	見守り及び一部介助	全介助
移動及び歩行	<input type="checkbox"/> 介助無に歩行ができる。 <input type="checkbox"/> 急に飛び出す等の行動はない。	<input type="checkbox"/> 杖や手すりにつかまり歩行をおこなっている。 <input type="checkbox"/> 急にいなくなることがあるため見守りが必要である。	<input type="checkbox"/> 筋力低下等により全介助である。 <input type="checkbox"/> 急にいなくなる等により常時手をつないでいる必要がある。
食事及び嚥下	<input type="checkbox"/> むせることも無く一人で食事ができる。 <input type="checkbox"/> 食べこぼしはほとんど見られない。	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが見られることや、飲み込みがうまくできず、むせることがあるため見守りを必要とする。	<input type="checkbox"/> 自力での食事摂取が困難である。
入 浴	<input type="checkbox"/> 介助無に入浴できる。	<input type="checkbox"/> 足元が不自由等の理由から、入浴時に部分的な介助を必要とする。	<input type="checkbox"/> 寝たきり等により、部分的な介助をおこなっても入浴が困難であり、清拭をおこなっている。 <input type="checkbox"/> 入浴サービス等を利用している。
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助無でできる	<input type="checkbox"/> 腕を通す等の部分的な介助を必要とする。	<input type="checkbox"/> 筋力の低下等により全介助である。
排泄行為	<input type="checkbox"/> 介助無にできる。	<input type="checkbox"/> 杖や手すり等を使用しトイレまで移動しておこなう。 <input type="checkbox"/> 便座に座る際に部分的な介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 尿意や便意があるが間に合わず、週に1回程度失禁してしまう。	<input type="checkbox"/> 常時おむつを使用している。 <input type="checkbox"/> 尿意や便意があるが間に合わず、ほぼ毎日失禁してしまう。
自傷他害行為	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 月に1回程度自傷他害行為がみられる。	<input type="checkbox"/> 週に1回以上自傷他害行為がみられる。
睡眠行為	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 月に1回程度昼夜逆転により夜間に騒ぐことがある。	<input type="checkbox"/> 週に1回以上昼夜逆転により夜間に騒ぐことがある。
意思疎通	<input type="checkbox"/> 日常会話もでき特に問題ない	<input type="checkbox"/> 認知症があり、通じるときとそうでないときがある。	<input type="checkbox"/> 認知症があり、ほとんど通じていない。