

(様式第1号)

会 長	事 務 局 長	事 務 局 次 長	専 門 官	係 長	係

### 紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人藤崎町社会福祉協議会  
会 長 山内 敏 殿

申請者 \_\_\_\_\_ 印

住 所 藤崎町大字 \_\_\_\_\_

町内名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

下記のとおり、藤崎町社協紙おむつ支給事業を利用したいので、申請いたします。

対 象 者 氏 名	性 別	生 年 月 日
	男・女	年 月 日 歳
住 所 <small>(申請者と同じ場合は、記入不要)</small>	藤崎町大字 (町内名	字 ) 電話 -
主 介 護 者	年 月 日生 (続柄: )	
身 体 状 況 等		
居 宅 事 業 所	担当者 電話	
介 護 度		
予 防 事 業 該 当		
特 記 事 項	※調査の日程や時間帯の要望等 (例; 家族はほぼ在宅なのでいつでOK)	

#### 【支給対象の要件】

藤崎町に在宅している高齢者等で常時在宅 (グループホーム、ケアハウス、有料ホーム、高齢者アパート以外) で介護を要する状態の者 (寝たきり、認知症、重度身障者<児>)。

#### 【①～②は支給の対象外】

- ①特別障害者手当受給されている方
- ②生活保護世帯で保護費におむつ代として加算されている方

以下の項目は、社協の確認欄のため記入不要。

○ ①～②は支給の対象外

①特別障害者手当受給（有 / 無）

②生活保護世帯で保護費におむつ代として加算されている方（有 / 無）

○ 身体の状態

認知症の状態	軽 度	中 度	重 度
失禁等の状態	時 々 失 禁	失 禁 して いる こ と が 多 い	常 時 失 禁
総合判断 (本人及び 家族からの 聞き取り調 査含む)	A ランク	B ランク	C ランク
	・屋内は、ほぼ自立。 ・トイレまで一人で行く。 ・尿意、便意があるが間に合わない事がある。 ・ズボンの上げ下げ介助なし。	・屋内で要介助。 ・見守り、一部介助でトイレまで行く。 ・尿意、便意があいまい。 ・ズボンの上げ下げ一部介助。	・全日臥床状態。 ・トイレまで移動できない。 ・尿意、便意なし。 ・ズボンの上げ下げ全介助。

○ 支給する紙おむつの種類及び数量

尿取りパット30枚入り \_\_\_\_\_袋      はくパンツLLサイズ16枚入り \_\_\_\_\_袋

はくパンツSサイズ22枚入り \_\_\_\_\_袋      テープタイプSサイズ16枚入り \_\_\_\_\_袋

はくパンツMサイズ20枚入り \_\_\_\_\_袋      テープタイプMサイズ15枚入り \_\_\_\_\_袋

はくパンツLサイズ18枚入り \_\_\_\_\_袋      テープタイプLサイズ13枚入り \_\_\_\_\_袋

紙おむつを届ける場所及び置き場所

紙おむつ事業は、誰から・どこから知りましたか。

ご近所の方      社協広報紙      ホームページ      ケアマネージャー      病院関係者

その他（ \_\_\_\_\_ ）

※ 調査日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 調査員氏名 \_\_\_\_\_ 印