様式第１号（第５条関係）

家族介護用品支給事業利用申請書

　　年　　月　　日

東松島市長　様

申請者　　住所　東松島市

（現に介護している人）

氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　対象者との続柄（　　　）

電話番号（　　　）―

下記の者の介護用品支給事業の利用を申請いたします。

なお、偽りその他不正の手段により助成券の交付を受けたときは、既に交付を受けた助成券を返還します。また、助成券の支給を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供しません。

上記のほか、東松島市家族介護用品支給事業実施要綱の規定を遵守します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名  (介護を受けている人) | |  | | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 年齢 | 歳 |
| 住所 | | 東松島市 | | | | |
| 身体の状況 | | 1. 常時臥床している。 2. 重度又は中度の認知症がある。 3. 常時失禁状態である。 | | | | |
| 寝たきり又は認知症となった時期 | | | 年　　　月頃から | | | |
| 紙おむつ等を使用するようになった時期 | | | 年　　　月頃から | | | |
| 要介護度 | １.要介護４　２.要介護５ | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当課記入欄 | 調査結果 | １.要介護認定において要介護度４～５で常時おむつをしている。  ２.６５歳以下であるが前記１の状態である。 |
| 調査年月日 | 年　　月　　日 |
| 確認担当職員氏名 |  |
| 判定結果 | 対象　　対象外 |

東松島市高齢障害支援課