

様式第1号(第5条関係)

介護用品給付申請書

年 月 日

上毛町長 様

申請者	住 所
(本人又は介護者)	氏 名
	※署名又は記名押印
	電話番号
送付先	住 所
	氏 名 (続柄:)
	電話番号

上毛町介護用品給付事業実施要綱の規定により、介護用品の給付を受けたいので次のとおり申請します。なお、世帯の所得状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

1 介護用品を必要とする者

住 所	上毛町大字				
氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生(歳)
障害者手帳	有・無	種別: ア	身体 (級)	イ 精神 (級)	ウ 療育 (判定)
介護用品	ア 紙おむつ イ 尿取りパット ウ その他 ()				

2 配偶者の状況

有・無		※左記において「無」の場合は以下の事項は記載不要。	
氏 名	性別	続 柄	生 年 月 日
	男・女		年 月 日生(歳)

3 日常生活自立度及び排せつの状況

(1) 日常生活自立度 (寝たきり度)		(2) 排せつの状況	
☐ 生活自立	・何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	☐ 排せつ自立	・紙おむつ、尿取りパットを使用していない
☐ 準寝たきり	・屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	☐ 一部介助	・一部、もしくは常時尿取りパットを使用する ・一部紙おむつを使用する
☐ 寝たきり	・屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ ・1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する	☐ 全介助	・常時紙おむつを使用している

※必要事項を記入し、該当するところに☑をしてください。