（その２）

おむつ給付サービス受給資格認定申請書（認知）

年　　月　　日

　那須烏山市長　宛て

申請者　住所

氏名

　おむつ給付サービスの受給資格の認定を受けたいので、那須烏山市在宅寝たきり高齢者等おむつ給付サービス事業実施規程第４条第１項の規定により、次のとおり申請します。

＊は市で記入します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住所 | 那須烏山市 | | | 電話番号 | |  |
| 健康状態 | 認知症となった日 | | 年　　月　　日頃 | | | |
| ＊認知症の自立度 | 自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳa　Ⅳb　Ｍ | | | | |
| 要介護度 | 要介護度　１　・　２　・　３　・　４　・　５  ※　要支援又は介護の認定がない方は対象になりません。 | | | | |
| ＊尿失禁の有無 | 有　・　無 | | | | |
| 病院等への  入院の有無 | 無  有：入院期間（　　　年 　月 　日～　　　年 　月 　日） | | | | |
| 紙おむつ使用の確認 | 排泄感覚の有無 | | | | 尿　意（ 有 ・ 無 ）  便　意（ 有 ・ 無 ） | |
| トイレ（ポータブルトイレを含む。）使用状況 | | | | 使　用（ 有 ・ 無 ） | |
| 紙おむつ（尿取りパッドを含む。）使用状況 | | | | 常時・夜間又は外出時のみ | |
| 特記  事項 |  | | | | | |
| ・介護認定審査に係る主治医意見書・調査書等により確認することに同意します。  ・市県民税課税状況を確認することに同意します。  氏名 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務処理 | 担当ケアマネ | 事業所 |
| ケアマネ |
| 本人課税状況 | □　課税　　　　　　　□　非課税 |
| 判定 | □　該当　　　　　　　□　非該当 |

【認定基準】

・健康状態が寝たきりはＢ１以上、認知はⅢa以上（網掛け部分）が該当になります。

・在宅の方のみが該当しますので、現在入院中の方は、退院後申請してください。

**【おむつ給付サービスに係る市県民税課税状況調書】**

令和　　年　　月　　日

私は、おむつ券の交付申請を行うにあたり、当該申請に必要な税情報を市が調査することに同意します。

住　所　那須烏山市

ふりがな

利用者名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 市県民税  課税の有無 |
| 利用者名 | 無　　　有 |

※太枠内のみ記入してださい。

課税状況は上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

確認担当課：税務課

|  |  |
| --- | --- |
| 確認者印 | 税務課長 |
|  |  |