

フリガナ				
対象者氏名				
ご連絡先	※平日、日中に連絡の取れる方についてご記入ください。			
	フリガナ			続柄
	氏名			
	電話	()	(自宅・携帯・その他())	
		()	(自宅・携帯・その他())	
ケアマネジャー	事業所名			
	担当			
	電話	()		
配送先	※ 対象者自宅以外を希望する場合のみご記入下さい。 (川越市内に限ります。)			
	フリガナ			住所 川越市
	氏名			
希望する 配送業者				

現在ご使用中、もしくは希望する商品についてご記入してください。
(※商品名が不明な場合は、後日、配送業者とご相談してください。)

メーカー	種別 (✓をつけて下さい)	商品名	サイズ	個数
	<input type="checkbox"/> テープ止め <input type="checkbox"/> パンツ型 <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> テープ止め <input type="checkbox"/> パンツ型 <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> その他			

別 紙【紙おむつ給付事業】

◎ 以下の各項目について、該当するものに必ず○を付けてください。

項 目	対 象 者 の 状 況
失 禁 の 状 況	1 常時失禁の状態にない 2 常時失禁の状態にある
排 せ つ の 介 助	1 介助を要しない 2 一部介助を要する 3 介助を要する

認定調査票				主治医意見書
排 尿		排 便		尿失禁
一部介助	全介助	一部介助	全介助	
<input type="checkbox"/>				

裏面にも記入事項があります。