

在宅支援生活品助成申請に係る確認書

対象者氏名
(被介護者)

(申請用品に○印をつけてください。)

品 目	対象者（被介護者）の在宅介護の状況
<input type="checkbox"/> 紙オムツ	常にオムツを使用している（する）状態にある。
<input type="checkbox"/> 尿とりパッド	常にオムツを使用している（する）状態にある。
<input type="checkbox"/> 使用済オムツ消臭袋	常にオムツを使用している（する）状態にある。
<input type="checkbox"/> 使い捨て手袋	汚物等の処理をする際に常に使い捨て手袋の使用が必要な状態にある。
<input type="checkbox"/> 防水シート	常に防水シートを使用している（する）状態にある。
<input type="checkbox"/> 位置情報探索端末機器	認知症状（日常生活自立度Ⅱa以上）があり、徘徊行動や見当識障害等により位置情報探索端末機器を使用している（する）状態にある。
<input type="checkbox"/> リハビリシューズ	在宅生活上又は機能回復訓練を行う際に使用している（する）状態にある。

対象者（被介護者）の在宅介護の状況について、上記のとおり相違ないことを確認します。

令和 年 月 日

吉田町長 田村典彦 様

申請者氏名