

第1号様式（第6条関係）

草加市高年者在宅生活支援事業サービス利用申請書

年 月 日

草加市長 宛て

住所

申請者 氏名

印

※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。

電話・FAX番号

本人との続柄

次のとおり在宅生活支援事業のサービスを利用したいので申請します。

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--|---------|--|
| 利用者 | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) 草加市 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 電話・FAX | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ () |
| 申請理由 | | | | |
| 申請するサービス (申請したいサービスの種類に○印を付けてください。) | | | | |
| | 1 配食サービス | | | |
| | 2 生活管理指導短期宿泊 | | | |
| | 3 寝具洗濯乾燥消毒サービス | | | |
| | 4 訪問理容サービス | | | |
| | 5 福祉電話貸与 | | | |
| | 6 日常生活用具給付 | | | |
| 世帯状況 (該当する箇所に○印を付けてください。) | | | | |
| | ひとり暮らし世帯 | | 日中独居世帯等 | |
| | 高年者のみの世帯 | | その他の世帯 | |
| 要介護認定の状況 | | 被保険者番号 | | |
| | 申請無し | 申請中 | 自立 | 要支援1 要支援2 |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 要介護5 |

(注) 事業ごとに必要な資料を添付してください。

草加市高齢者在宅生活支援事業利用申請書添付資料

| | | | |
|--|--|------|----|
| <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 訪問理容サービス <input type="checkbox"/> 生活管理指導短期宿泊 <input type="checkbox"/> 福祉電話貸与 <input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒サービス <input type="checkbox"/> 日常生活用具給付 | | フリガナ | |
| | | 氏名 | |
| 1 日常生活動作の状況 | | | |
| ① 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 | | |
| ② 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 | | |
| ③ 言葉 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 | | |
| ④ 歩行 | <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| ⑤ 食事 | <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| ⑥ 排泄 | <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| ⑦ おむつ使用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(昼夜・夜のみ) | | |
| ⑧ 入浴 | <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| ⑨ 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| ⑩ 調理 | <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 作ってもらう <input type="checkbox"/> 作れない | | |
| ⑪ 買物 | <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 付き添いが必要 <input type="checkbox"/> できない | | |
| 2 認知症の状況 | | | |
| ① 記憶障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 重度……自分の名前がわからない。寸前のことも忘れる。 <input type="checkbox"/> 中度……最近のできごとが分からない。 <input type="checkbox"/> 軽度……物忘れ、置き忘れが目立つ。 | | |
| ② 失見当 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 重度……自分の部屋がわからない。 <input type="checkbox"/> 中度……時々自分の部屋がどこにあるのか分からない。 <input type="checkbox"/> 軽度……異なった環境におかれると一時的にどこにいるのか分からなくなる。 | | |
| ③ 問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 火の扱い <input type="checkbox"/> 不穏興奮 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 3 日常生活の自立状況(寝たきりの状況) | | | |
| <input type="checkbox"/> 日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。 <input type="checkbox"/> 介助なしには外出しないが、日中はほとんどベッドから離れて生活している。 <input type="checkbox"/> 外出の頻度がすくなく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。 <input type="checkbox"/> 日中もベッド上での生活が主体だが、車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 <input type="checkbox"/> 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 | | | |
| 4 生活の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中() <input type="checkbox"/> 入院中() | | |
| 5 世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 備考 |
| | | | |
| | | | |
| 6 その他 | 疾病、傷病名等： | | |
| | かかりつけの病院： | | |

添付資料

草加市高年者在宅生活支援事業利用申請書添付資料

[共通用(配食サービスは除く。)]

| | | | |
|---|--------|--|---------------------------------|
| 《新規申請又は変更後の利用事業内容記入欄》 これから利用したいと希望する事業名及び連絡先等の必要事項を記入してください。 | | フリガナ | |
| | | 氏名 | |
| 希望する事業名 | | <input type="checkbox"/> 生活管理指導短期宿泊 <input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒サービス <input type="checkbox"/> 訪問理容サービス <input type="checkbox"/> 福祉電話貸与 <input type="checkbox"/> 日常生活用具給付 | |
| 緊急連絡① | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | フリガナ氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| 緊急連絡② | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | |
| | フリガナ氏名 | | |
| 備考 | | | |