

第1号様式（第9条関係）

草加市地域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



※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

次のとおり地域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番号	<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 認知症高齢者位置情報探索事業			
	2 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業			
	3 おむつ支給事業			
	4 あんしん見守りネットワーク事業			
	5 医療・救急情報管理システム事業			
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	
	高齢者のみの世帯		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。

草加市地域支援事業サービス利用申請書添付資料
(認知症高齢者家族やすらぎ支援事業用)

フリガナ	
氏名	

1 認知症高齢者日常生活自立度 (該当する項目に○印を記入してください。)	
I	… 何らかの認知症の症状はあるが、日常生活は自立している。
IIa	… 家庭外で日常生活に支障をきたす症状・行動が多少見られるが、誰かが注意していれば自立できる。
IIb	… 家庭内でも日常生活に支障をきたす症状・行動が多少見られるが、誰かが注意していれば自立できる。
IIIa	… 日中を中心として日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。
IIIb	… 夜間を中心として日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。
IV	… 日常生活に支障をきたす症状・行動が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	… 著しい精神症状や問題行動等が見られ、専門医療を必要とする。

2 認知症の状況 (該当する項目に○印を記入してください。)				
	重度	中度	軽度	該当なし
記憶障害	自分の名前がわからない。寸前のことも忘れる。	最近の出来事がわからない。	物忘れ、置き忘れが目立つ。	
失見当	自分の部屋がわからない。	時々自分の部屋がどこにあるか分からない。	異なった環境に置かれると、一時的にどこにいるか分からなくなる。	

3 現在利用している介護サービス等 (利用しているサービスがあれば記入してください。)				
訪問介護	月・週 回	デイサービス	月・週 回	
訪問看護	月・週 回	デイケア	月・週 回	
その他				

4 世帯の状況 (主に介護している方の氏名の前に○印を記入してください。)				
同居	氏名	本人との続柄	備考 (連絡先等)	家族の傾聴サービス利用の希望をする方は○を記入してください。
別居	氏名	本人との続柄	備考 (連絡先等)	