

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

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	□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	□申請者と同じ	電 話 ・ FAX 番号	□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。						
	II a … 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。						
	II b … 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。						
	III a … 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。						
	III b … 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		自分の部屋が分からない。		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）			