

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	<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。

おむつ支給事業サービス利用申請書添付資料

※太枠内の記入をお願い致します。

氏 名						
本 人 の 状 況	①認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 短期記憶・ <input type="checkbox"/> 見当識障害・ <input type="checkbox"/> 理解、判断能力の低下・ <input type="checkbox"/> 妄想・ <input type="checkbox"/> 不潔行為 その他の症状 ()					
	②寝たきり度 <input type="checkbox"/> 日中時間帯はベッドから離れている時間の方が長く、屋内での日常生活は概ね自分で行える。 <input type="checkbox"/> 1日の大半をベッド上で過ごす、自力で、車いすやポータブルトイレへの移乗が可能で座位を保つことができる。 <input type="checkbox"/> 1日の大半をベッド上で過ごす、介助があれば、車いすやポータブルトイレへの移乗が可能で座位を保つことができる。 <input type="checkbox"/> ベッド上で常に寝たきり状態であり、日常生活活動の全てにおいて介護者の援助を必要とする。					
	③排泄の状況 ズボンの着脱： <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 排尿後の清拭： <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 おむつの交換： <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可					
	④疾病、傷病名等：()					
	⑤かかりつけの病院：()					
	⑥生活状況： <input type="checkbox"/> 在宅・ <input type="checkbox"/> 施設入所中 ()・ <input type="checkbox"/> 入院中 ()					
	⑦課税状況： <input type="checkbox"/> 住民税本人非課税者 介護保険料の所得段階 (<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 住民税本人課税者 介護保険料の所得段階 (<input type="checkbox"/> 6・ <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 前年の合計所得金額135万円以下					
	緊 急 連 絡 先	①	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	本人の続柄	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
			住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		②	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	本人の続柄	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
希望するおむつの商品番号 (番) ※パンフレット記載の商品番号を記入して下さい。						

<職員記入欄> ※下の欄には何も記入しないでください。

(1) <input type="checkbox"/> 65歳以上の草加市の介護保険被保険者である。	
(2) <input type="checkbox"/> 在宅で生活している。	
(3) <input type="checkbox"/> 住民税本人非課税者である。所得段階 (<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 住民税本人課税者である。所得段階 (<input type="checkbox"/> 6・ <input type="checkbox"/> 7) <input type="checkbox"/> 前年の合計所得金額135万円以下	
(4) <input type="checkbox"/> 要介護3以上である。要介護 (<input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5) 有効期間 年 月 日～ 年 月 日・転入	
(5) <input type="checkbox"/> 認知症高齢者自立度または障害高齢者自立度がⅢa以上もしくはB2以上である。 認知症自立度：認定調査票 (<input type="checkbox"/> Ⅲa・ <input type="checkbox"/> Ⅲb・ <input type="checkbox"/> Ⅳ・ <input type="checkbox"/> M) 主治医意見書 (<input type="checkbox"/> Ⅲa・ <input type="checkbox"/> Ⅲb・ <input type="checkbox"/> Ⅳ・ <input type="checkbox"/> M) 障害自立度：認定調査票 (<input type="checkbox"/> B2・ <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2) 主治医意見書 (<input type="checkbox"/> B2・ <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2) <input type="checkbox"/> <u>ねたきり・重度認知症に該当。</u>	
(6) <input type="checkbox"/> 排尿または排便の項目が一部介助もしくは全介助である。※見守り等の場合は担当に要相談。 排尿：(<input type="checkbox"/> 見守り等・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助)、排便：(<input type="checkbox"/> 見守り等・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助)	
(7) 総合判定 <input type="checkbox"/> <u>おむつ支給事業の対象</u> ・ <input type="checkbox"/> <u>おむつ支給事業の対象外</u>	
特記事項	担当者