

北見市要援護高齢者福祉サービス事業等利用申請書

(新規・継続)

北見市長様

下記事業のサービスを受けたいので申請いたします。

申請年月日 / 平成 年 月 日

ふりがな		性別	住所	
利用者氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
介護保険被保険者番号			電話番号	()
ふりがな			住所	
申請者氏名			電話番号	()
利用者との続柄				

希望するサービス

- | | | |
|-------------|--------------|--------------------|
| 1.生活管理指導員派遣 | 3.生活管理指導短期宿泊 | 4.高齢者日常生活用具給付 |
| 5.高齢者補装具交付 | 6.緊急通報システム | 8.高齢者安否確認 |
| 11.除雪サービス | 12.訪問理美容サービス | 13.短期入所生活介護 |
| 14.施設入浴サービス | 16.介護用具貸与 | 17.寝具乾燥サービス |
| 18.家族介護用品支給 | 28.家族介護慰労金支給 | 30.徘徊高齢者位置検索サービス支援 |
| 31.食の自立支援 | | |

同意書

要援護高齢者サービス事業の申請に当たり、要件の確認及び利用者負担金の決定等のため、下記の部分に同意します。

要介護認定にかかる調査票並びに市民税課税台帳の閲覧

この申請による各種情報を担当する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所、サービス受託事業者に提供すること

この申請による家族情報および緊急連絡先について緊急時、災害時などの安否確認作業に活用すること

利用者 _____ 印

生計中心者 _____ 印

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所担当者(必須)

包括支援センター・事業所名		担当者名	
---------------	--	------	--

担当課

第4類	課長	主幹	係長	担当
-----	----	----	----	----

利用者氏名

基本番号

被保険者番号

家族の状況 別居していても子・兄弟について記入願います。交流状況は別居の場合、記入願います。

ふりがな 氏名	続柄	性別	生年月日	居住	住所	電話番号	交流状況
		男・女	T S . . . H	同・別			電話: 毎日・週 回・年 回 会う: 毎日・週 回・年 回
		男・女	T S . . . H	同・別			電話: 毎日・週 回・年 回 会う: 毎日・週 回・年 回
		男・女	T S . . . H	同・別			電話: 毎日・週 回・年 回 会う: 毎日・週 回・年 回
		男・女	T S . . . H	同・別			電話: 毎日・週 回・年 回 会う: 毎日・週 回・年 回
		男・女	T S . . . H	同・別			電話: 毎日・週 回・年 回 会う: 毎日・週 回・年 回

親族・知人の状況

ふりがな 氏名	続柄	性別	生年月日	居住	住所	電話番号	交流状況
		男・女	T S . . . H	同・別			電話: 毎日・週 回・年 回 会う: 毎日・週 回・年 回
		男・女	T S . . . H	同・別			電話: 毎日・週 回・年 回 会う: 毎日・週 回・年 回

緊急時の連絡先 緊急通報システム設置時の連絡先を兼ねる

ふりがな 氏名	続柄	性別	生年月日	居住	住所	電話番号
		男・女	T S . . . H	同・別		自宅 携帯 会社名 会社連絡先
		男・女	T S . . . H	同・別		自宅 携帯 会社名 会社連絡先

高 齢 者 等 調 査 表 1

調査日 平成 年 月 日 調査員氏名

氏 名		被保険者番号		基本番号	
-----	--	--------	--	------	--

独居原因

1. 配偶者死亡 時期： 年 月	2. 子供が結婚・転勤	3. 離婚・別居	4. 未婚	5. その他 ()
---------------------	-------------	----------	-------	------------

住居状況

1. 持ち家	2. 借家	3. 公営住宅	4. アパート・間借り	5. その他 ()
--------	-------	---------	-------------	------------

生計状況

1. 年金 (国民・厚生・共済・その他)	2. 給与	3. 仕送り	4. 生活保護	5. その他
----------------------	-------	--------	---------	--------

医療保険

1. 国民健康保険	2. 後期高齢者医療	3. 社会保険	4. 共済	5. その他
-----------	------------	---------	-------	--------

身体障害者手帳

1. なし	2. あり (種 級) 障がい名:
-------	--------------------

精神保健福祉手帳又は療育手帳 課税状況

1. なし	2. あり (級)	1. 所得税 (課税・非課税) 世帯	2. 市民税 (課税・非課税) 世帯
-------	------------	--------------------	--------------------

主な病歴及び通院状況 通院している 往診を受けている 通院していない 入院中

病 名	発 生 年 月 日	医 療 機 関	診 療 科 ・ 主 治 医	状 況
	年 月 日			
	年 月 日			

要介護認定の状況

申請中	・ 自立 (非該当)	・ 要支援 ()	・ 要介護 ()
-----	------------	-----------	-----------

認 定 期 間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
---------	----------	---	----------

利用中のサービス内容及び事業所

身体状況

身 長	cm	体 重	kg	体 型	小柄・普通・大柄
-----	----	-----	----	-----	----------

内 容	軽 度	中 度	重 度	状 況
視 力	普 通	見えにくい	見えない	
聴 力	普 通	聞えにくい	聞えない	
言 葉	普 通	少し不自由	不 自 由	
歩 行	自 立	一部介助	全 介 助	
摂 食	自 立	一部介助	全 介 助	
排 泄	自 立	一部介助	全 介 助	
入 浴	自 立	一部介助	全 介 助	
着 脱 衣	自 立	一部介助	全 介 助	
整 容	自 立	一部介助	全 介 助	
調 理	で き る	不 完 全	で き な い	
掃 除	で き る	不 完 全	で き な い	
洗 濯	で き る	不 完 全	で き な い	
買 物	で き る	不 完 全	で き な い	
金 銭 管 理	で き る	不 完 全	で き な い	
服 薬 管 理	で き る	不 完 全	で き な い	
褥 瘡 ・ 皮 膚	なし・あり ()			麻 痺 なし・あり ()

社会活動への参加

高齢者クラブへの参加	1. クラブ	2. クラブ
趣 味	なし・あり ()	付き合い (近所・友人) なし・あり
民生委員氏名	加入町内会	町内会

要援護高齢者サービス事業等利用申請 確認項目

3. 生活管理指導短期宿泊

宿泊希望期間	月 日 () 午前・午後 ~ 月 日 () 午前・午後
利用希望施設	
利用希望の理由	

4. 高齢者日常生活用具給付

1. 電磁調理器 2. 火災警報機

5. 高齢者補装具交付

1. 安全杖 2. 補聴器

12. 訪問理美容サービス

利用開始希望日	月 日 ()
利用希望の店	
備 考	

14. 施設入浴サービス

利用希望施設	
利用開始希望日	月 日 ()

16. 介護用具貸与

1. 車椅子 2. 介護用ベッド 3. エアーマット	
利用開始希望日	月 日 ()
利用終了予定日	月 日 () ※利用期間があらかじめ決まっている場合
利用場所	自宅・その他 ()
運搬方法	事業者運搬 ・ 自己運搬
運搬希望日	月 日 () 午前・午後 時 ころ

●振込先 ※ 28.家族介護慰労金支給等、振込先を必要とするサービスの場合のみ記入願います。

金融機関名		種 目	口座番号					
銀行	本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座						
信用金庫								
信用組合								
フリガナ								
口座名義人								

