

地域支援事業申請書

新上五島町長 様

新上五島町地域支援事業について、次のとおり申請します。

申請者(利用者)	ふりがな	しんかみ いつお	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	新上 五男 ^印	生年月日(年齢)	明・大・昭 3年 3月 3日(87歳)
	住所	〒857-4404 新上五島町 青方郷 1585-1	電話番号	53-1111
	世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 知的障害・認知症で見守りが必要な世帯		

緊急連絡先(親族等連絡先)

ふりがな	しんかみ いつこ	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	利用者との続柄	長女
氏名	新上 五子	生年月日(年齢)	明・大・昭 33年 3月 3日(歳)		
住所	〒850-**** 長崎県長崎市****町**333 電話番号095-8**-****				

代理で記入した場合ご記入ください。

記入者氏名 _____ (申請者との関係: _____) 電話: _____

利用したいサービスに○印を付してください

1 「食」の自立支援事業

食のチェックリスト	① ごはん(炊飯)や味噌汁などの簡単な料理を作ることができますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いいえと答えた方の理由はなんですか (<input type="checkbox"/> 身体の障害のため <input type="checkbox"/> 認知症等で作り方を忘れた <input type="checkbox"/> 火の消し忘れなどが多いため <input type="checkbox"/> その他())
	② 惣菜(弁当等)を商店まで買いに行くことができますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いいえと答えた方の理由はなんですか (<input type="checkbox"/> 身体の障害などで出かけられない <input type="checkbox"/> 自宅周辺に商店がない(移動販売車が来ない) <input type="checkbox"/> その他())

事業所名: _____ 【週 回: 月・火・水・木・金・土・日】

② 生活管理指導(短期宿泊)事業
事業所名: 特別養護老人ホームかみごとう (送迎: 必要 ・ 不要)
利用期間: 平成27年10月 3日 ~ 平成27年10月 5日まで

3 軽度生活支援事業
次のいずれかにチェックしてください。
(退院後6ヶ月未満 【退院日 平成 年 月 日】
介護認定が非該当で生活に不安
更新のため(1回のみ))
事業所名: _____
【希望する時間数】週に 1時間×1回 1時間×2回

【 調 査 票 】

年 月 日調査		調査員氏名				
ふりがな 氏 名				男	生年月日	明・大・昭 ・ ・ (歳)
				女	電話番号	TEL —
介護保険	要介護認定 【 無・有 】 (認定日 . .)		<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()		認定 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
医療保険	1 国保 2 社保 3 生活保護		原爆手帳	無・有	身障手帳	無・有
医療機関	① 病院名		TEL —	主治医		
	② 病院名		TEL —	主治医		
健康状態	現病歴				既往歴	
	服 薬	無・有()				
	健康不安	無・有()		精神不安	無・有()	
身体状況(A・D・I)	寝たきり度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	食 事	1 自立	2 一部介助	3 全介助		
	排 泄	1 自立	2 一部介助	3 全介助		
	入 浴	1 自立	2 一部介助	3 全介助		
	着 衣	1 自立	2 一部介助	3 全介助		
	歩 行	1 自立	2 一部介助	3 全介助		
	視 力	1 普通	2 弱視	3 全盲		
	聴 力	1 普通	2 やや難聴	3 難聴		
生活状況	言 葉	1 普通	2 やや不自由	3 不自由		
	掃除(室内)	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	掃除(風呂)	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	掃除(トイレ)	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	買 物	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	調 理	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	洗 濯	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	金銭管理	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	書類管理	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	服薬管理	1 自立	2 やや困難	3 困難		
	電話対応	1 自立	2 やや困難	3 困難		
ゴミ出し	1 自立	2 やや困難	3 困難			
通院受診	1 自立	2 やや困難	3 困難			
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保健施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。						
平成 27年 10月 1日			氏名		新 上 五 男 (印)	