

【記載例】

第1号様式

葛飾区高齢者等福祉サービス申請書

年 月 日

葛飾区長あて

◎希望するサービスにチェックしてください。

- おむつの支給
- シルバーカーの給付
- 自立支援住宅改修費助成
- 出張理美容サービス
- 見守り型緊急通報システムの設置
- おむつ使用料の助成
- 生活支援ショートステイ
- 住宅設備改修費助成
- 寝具乾燥消毒サービス
- 家庭用卓上電磁調理器購入費助成（見守り型緊急通報システムの利用者のみ）
- 配食サービス
- 傾聴ボランティアの派遣

ご利用になるサービスにチェックをいれてください

* 太線の中を記入してください。

| | | | | |
|-----|------|----------------|-----------|----------|
| 申請者 | 住所 | 葛飾区 丁目 番 号 荘・方 | | |
| | フリガナ | 電話 () | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 明・大 年 月 日 | 昭・平 ()歳 |

サービスをご利用になるご本人様

| | | | | |
|-----|------|--|--|--|
| 届出者 | 住所 | (住所は対象者と異なる場合だけ記入してください) 葛飾区 丁目 番 号 荘・方 | | |
| | フリガナ | 電話 () | | |
| | 氏名 | 対象者との関係 | | |

申請書を書かれた方

| | | | | |
|-----------|------|----------------|--|--|
| (緊急時等)連絡先 | 住所 | 葛飾区 丁目 番 号 荘・方 | | |
| | フリガナ | 電話 () | | |
| | 氏名 | 対象者との関係 | | |

緊急時等の連絡先となる方

| | | |
|-------|---|--|
| 現在の状態 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院等 (施設名) | 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 介護保険被保険者番号() | |

同意書

福祉サービスの申請に当たり、高齢者支援課長が私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳、生活保護受給者台帳、障害者指導台帳及び介護保険被保険者台帳を閲覧することに同意します。また、当申請に係る情報を私の住所地を所管する地域包括支援センター、民生委員、介護支援専門員、及び傾聴ボランティア並びに福祉サービス委託業者から提供を受けること、及びこれらのものに提供することに同意します。

申請者自署 サービスをご利用になるご本人様

職員事務処理欄

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|------------|-------|--------|--------|----|
| 平成 年 月 日 | 課長 | 係長 | 職員 | 受付年月日印 | | |
| 上記の申請について、認定・却下し、通知することとした。 | | | | | | |
| 確認欄 | 住記個人番号 | 住民税(本人・世帯) | 負担割合 | | | |
| | | 課税・非課税 | 1割・2割 | | | |
| | 介護保険認定 | 配食サービス | | | | |
| | 無・有 (自立・要支援・要介護) | 有・無 | | | | |
| 処理欄 | 申請入力 | 決定入力 | 通知出力 | 通知郵送 | 事業決定番号 | 備考 |
| | | | | | | |

該当箇所にチェックを入れてください

【記載例】

第1号様式2

生活状況票

～枠内をご記入ください～

職員の確認欄

寝具乾燥消毒サービス
紙おむつ使用料・傾聴ボランティア
紙おむつ支給・出張理美容サービス
家庭用卓上電磁調理器購入費助成

利用者サービスをご利用になるご本人様

| | | | |
|---------|-------|------------------|---|
| 記入日 | 年 月 日 | 記入者 | 様 |
| 利用者との続柄 | | 申請書を書かれた方 | |

希望理由 (利用者) 生活状況等がいつ頃から、どのような原因で今のような状態になり、申請する福祉サービスがなぜ必要なのかを世帯の状況を含め、詳しく記入してください。



利用を希望している方の生活状況について、該当する数字を「○」で囲んでください。

- * ○のつけ方 (目安)
- 1～年齢相応にできる状態
- 2～多少時間がかかるがなんとかできる状態
- 3～自分でやると時間がかかり、介助が必要な状態
- 4～ほとんど自分では何もできない状態

区や業者からの通知郵送先を申請者住所以外に指定される場合には、こちらの希望理由欄にお書きください。

| 身体状況 | | | | |
|--------------|--------------|-----------------|----------------|----------------|
| 移動 | 1 自分で歩ける | 2 杖などを使えば一人で歩ける | 3 歩行介助が必要 | 4 車イス等を利用 |
| 摂食 | 1 一人で可能 | 2 不自由はあるが独力で可能 | 3 人的な摂食介助が必要 | 4 摂食不可能 |
| 寝具の整理 | 1 自分で干せる | 2 時間を要するが可能 | 3 親族等の手助けにより可能 | 4 親族を含め不可能 |
| おむつ・パッドの使用状況 | 1 使わない | 2 合計で1日3枚程度 | 3 合計で1日4枚程度 | 4 合計で1日5枚以上 |
| 精神的状況 | | | | |
| 意思の伝達 | 1 通常の会話が可能 | 2 沈黙し返事が無い時がある | 3 沈黙が多く、会話に無関心 | 4 意思の伝達が不可能である |
| 理解力 | 1 大体理解している | 2 一部不正確 | 3 理解できない事がある | 4 理解ができない |
| 判断力 | 1 大体正しく判断できる | 2 一部不正確 | 3 判断できない事がある | 4 正しい判断ができない |
| 認知症の有無 | 1 認知症はない | 2 軽度の認知症がある | 3 中度の認知症がある | 4 重度の認知症がある |

サービスをご利用になるご本人様について、該当する数字を「○」で囲んでください。