

葛飾区家族等介護支援事業 利用申請書

第1号様式

葛飾区長 あて

申請受付日	施設名・所在地	施設電話番号	担当者
	施設が使用する欄です		

以下の太枠をご記入下さい。

申請者 (ご家族)	フリガナ	続柄	子	
	氏名	葛飾 太郎	自宅電話番号	03-3695-1111
	住所 〒 124 - 8555 葛飾区立石5-13-1	携帯電話番号		
		勤務先	葛飾区役所	
申請理由 (高齢者とご家族の生活状況等)				
親の介護をしている中で、介護疲れを感じており、 休息をとりたいと思っているため				

利用者 (高齢者)	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
	氏名	葛飾 花子	生年月日	昭和24年 10 月 1 日 生		
	住所 〒 - 同上	電話番号				
介護保険 の利用状況	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 保険者	葛飾区	認定日	令和7年 4 月 1 日	
	申請の有無	あり ・ なし (ありの場合は以下を記入して下さい。)				
	要介護度	要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 申請中 (申請日 年 月 日)				
	認定有効期間	年 月 日 から令和 年 月 日まで 有効				
▼これまでに利用したことがある介護サービス						
ショートステイ・デイサービス						
かかりつけ医	医師名	〇〇先生	医療機関	〇〇〇〇医院	電話番号	03-xx-xx-xx
特別な医療等	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 (内容:)					
病 歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過		
	認知症	〇〇〇〇医院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	不明		
	高血圧	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	令和5年11月～		
	インフルエンザ	〃	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 終了	令和7年11月2日発症、現在完治		
サービス提供 (希望)	①通い	午前 (4時間) × 回 午後 (4時間) × 回 (令和 年 月 日 : ~令和 年 月 日 :) 送迎希望				
	②泊まり	1泊 × 2回 (令和 8 年 3 月 1 日~令和 8 年 3 月 3 日) 送迎希望				
	※時間及び回数は、4時間以下を1ポイント、4時間以上を2ポイント、 宿泊を伴う利用を3ポイントとし、年間を通して42ポイントを上限とします。 上限の中であれば、通いと泊まりの組み合わせが可能です。					

介護保険が未申請の方は「介護保険の利用状況」の記載は不要です。

「病歴」は、感染症や事前に知らせておきたい病状がありましたら、わかる範囲で、記入してください。

特別な医療行為に該当する内容
インシュリン注射・痰の吸引・在宅酸素療法・人工呼吸器の管理・
ストマ装具の張替え・胃ろうなどの経管栄養・床ずれや褥瘡・
尿カテーテル (尿道カテーテル) など

【説明確認及び情報収集に係る同意】

- 私は、提携事業者（施設）より「葛飾区家族等介護支援事業」及び介護保険制度の説明を受けました。
- 私は、本事業の申請に関する情報を、葛飾区福祉部高齢者支援課と担当地区の高齢者総合相談センターに提供することに同意します。

令和 8 年 2 月 1 日

申請者（ご家族）の署名

葛飾 太郎

施設使用欄

認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医（病）院名	主治医	
	経過				
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> などい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない <input type="checkbox"/> その他			

施設が使用する欄です

日常生活動作	転倒	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> はは話せない
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（内容）	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない
	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> むせ（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない	

性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交性 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き
---------	--

【今後希望する援助や生活やケアについての意向・要望等】

葛飾区役所事務処理欄

令和 年 月 日	課長	係長	担当
上記の申請について右のとおり 決定し通知することといたしたい。 認定 ・ 却下			

確認欄

受付印

区が使用する欄です

処理欄

--	--