様式第１号（第６条関係）　　　　　　　　　　(経由機関名　　　 )

高齢者自立支援事業利用申請書

　　　　　年　　　月　　　日

　　　伊達市長

　　　　　　　　　　　　　　　　 〒960-

　　　　 申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

(電話番号　 　　　利用者との続柄　 　 　)

　　次のとおり高齢者自立支援事業を利用したいので、伊達市高齢者自立支援事業実施に関する規則第６条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用 事 業 | | | | １　デイサービス事業　　　　　　２　ホームヘルプサービス事業  ３　ショートステイサービス事業  ※ 申請する番号を○で囲むこと | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利 用 者 氏 名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 男 ・ 女 | | |
| 住　　　　　所 | | | | 伊達市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生　年　月　日 | | | | ㍾・㍽・㍼　　　　　　年　　　　月　　　　日　(　　　　 　 歳 ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電　話　番　号 | | | | － | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況 | | | | １　　要介護認定非該当者　　　２　　その他特に必要と認める者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　理　由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同居家族の状況 | | | | 氏　　　名 | | | | | 利用者との続柄 | | | 年齢 | | | | 連絡先電話番号 | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | | 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | 続柄 | | | |  | | |
| 下記は、ショートステイサービス事業申請者のみ記入　　(該当する項目を○で囲むこと) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者状況調書 | | | | | 利用者氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 利用希望施設名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用(変更)期間 | | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日までの　 　日間 | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望理由 | 社会的理由 | | | ア 疾病 イ 出産 ウ 事故 エ 冠婚葬祭 オ 災害 カ 失踪  キ 出張 ク 転勤 ケ 看護 コ 学校等の公的行事への参加 | | | | | | | | | | | | | | |
| 私的理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 変 更 の 理 由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の生計状況 | | | | ア 生活保護世帯　　　 イ その他の世帯 | | | | | | | | | | | | | | |
| 身 障 手 帳 | | | | 無 ・ 有 (　　 種　　 級、障がい内容 　 　　　 　　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の状況 | | | | 氏名 |  | | | | | | | | 続柄 | | | |  | |
| 生活自立度　　(　自分で可能なもの○、 一部可能なもの△、 不可能なもの×　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＩＡＤＬ | | 炊事 | | 洗濯 | 買物 | | 掃除 | | 服薬 | 金銭 管理 | | | | 通院 | | | 電話 | その他の事項 |
|  | |  |  | |  | |  |  | | | |  | | |  |  |
| 医療の状　 況 | | かかりつけ医 | | | 主 治 医 | | | |  | | | | | | | | | |
| 医療機関 | | | |  | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | |  | | | | | | | | | |
| 病状 ・ 病歴 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歩行(移動) | 自立・一部介助・全介助 | 更　衣 | 自立・一部介助・全介助 |
| 排　泄 | 自立・一部介助・全介助 | 視　力 | 普通・弱視・全盲 |
| 食　事 | 自立・一部介助・全介助 | 聴　力 | 普通・やや難聴・難聴 |
| 入　浴 | 自立・一部介助・全介助 | 言　葉 | 普通・少し不自由・不自由 |
| 臥床状況 | 普通・床に臥しがち・寝たきり(　座位可 ・ 寝返り可 ・ 寝返り不可 ) | | |