

## 交野市高齢者在宅サービス総合申請書

年 月 日

交野市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 ( )

電話 \_\_\_\_\_

下記の在宅サービスを利用したいので、関係書類を添えて申請します。

|         |     |      |                     |
|---------|-----|------|---------------------|
| フリガナ    |     | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日<br>( 歳) |
| 利用者氏名   |     |      |                     |
| 住 所     | 交野市 |      |                     |
| 電 話 番 号 |     |      |                     |

下記の希望するサービスの番号に○をつけて下さい。

|   | 在 宅 サ ー ビ ス 名                                       |   | 在 宅 サ ー ビ ス 名                     |
|---|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 高齢者家族やすらぎ支援事業 ※<br>連絡先：<br>1日の過ごし方：                 | 3 | 日常生活用具給付・貸与<br>( 給・貸 )<br>( 給・貸 ) |
| 2 | 寝具洗濯乾燥消毒サービス(寝具丸洗いサービス) ※<br>(布団の大きさ：シングル・ダブル / 回分) | 4 | 生活管理指導短期宿泊                        |

※印のサービスについては年に1回の申請が必要となります。

### 1. 家族構成 (独居・同居)

|                       | 氏 名 | 年 齢 | 続 柄 | 自宅以外の連絡先 (携帯電話・勤め先など) |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----------------------|
| 同<br>居<br>の<br>家<br>族 |     |     |     |                       |
|                       |     |     |     |                       |
|                       |     |     |     |                       |
|                       |     |     |     |                       |

2. 同居されている方以外の緊急連絡先を必ず記入してください。

| 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号          |
|----|----|----|---------------|
|    |    |    | [自宅]<br>[携帯等] |
|    |    |    | [自宅]<br>[携帯等] |

3. 利用者の主な病歴・入院歴

| 発症年月 | 病名 | 現在の病状 |
|------|----|-------|
| 年 月  |    |       |
| 年 月  |    |       |

4. かかりつけ病（医）院

| 病院名 | 受診科目 | 病名 | 通院・往診   | 投薬の有無 |
|-----|------|----|---------|-------|
|     | 科    |    | 回／（週・月） | 有・無   |
|     | 科    |    | 回／（週・月） | 有・無   |

5. 利用者の身体状況

|    |   |     |                     |
|----|---|-----|---------------------|
| 移動 | 普通に歩ける・ゆっくりなら歩ける・物につかまれば歩ける・杖を使って歩ける<br>這って移動できる・車椅子を使って移動できる（介助なし・介助あり）・移動不可 |     |                     |
| 排泄 | 自立・一部介助・全介助<br>ポータブルトイレ使用（終日・夜間のみ）・オムツ使用（終日・夜間のみ）                             |     |                     |
| 食事 | 自立・一部介助・全介助   | 会話  | 可能・少しなら可・不可         |
| 入浴 | 自立・一部介助・全介助   | 視力  | 日常生活に支障{なし・あり}・見えない |
| 着脱 | 自立・一部介助・全介助   | 聴力  | 普通・やや難聴・難聴・全く聞こえない  |
| 洗面 | 自立・一部介助・全介助   | 物忘れ | なし・あり（ ）            |

6. 手帳等

|          |  |
|----------|--|
| 身体障害者手帳  | なし・あり 等級：（ 種 級） 障害名（ ）   |
| 精神保健福祉手帳 | なし・あり 等級：（ 級）  |
| 療育手帳     | なし・あり 判定区分（ A・B1・B2 ）  |
| 生活保護     | 受給（していない・している）   |
| 介護保険     | 1. 対象外<br>2. 対象者 ①未申請 ②申請中<br>③認定済（平成 年 月 日付）<br>[ 事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5・非該当 ]<br>【居宅支援事業所： /担当ケアマネジャー： 】<br>【居宅介護予防事業所： /担当ケアマネジャー： 】 |

交野市高齢者在宅サービスの利用に際し、下記の項目に同意します。

- 1 交野市高齢者在宅サービスの利用中に受診・加療の必要性が生じ、家族に連絡がとれない場合には、市または利用事業所が受診等の措置を講じること。
- 2 市が在宅サービスの利用者負担を決定するにあたり、個人及び世帯の所得・課税状況等の調査を行うこと。
- 3 身体状況、介護保険の要支援認定・要介護認定等に関する情報を、在宅ケアを支援する目的のために関係機関で必要時活用すること。

本人又は家族代表

印