

介護保険 介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

伊万里市長 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														申請年月日	年	月	日							
	フリガナ												個人番号												
	氏名												生年月日	年 月 日											
													性別												
	住所	〒											電話番号 携帯番号												
	身 体 の 状 況	医療機関名									世 帯 の 状 況	氏名			年齢		続柄								
		主治医名																							
		病名																							
		服薬中の薬																							
	現在の区分等	要支援状態区分 1 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5											有効期間 年 月 日 から 年 月 日												
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院(所)の有無 有・無	介護保険施設等の名称												年 月 日～ 年 月 日												
	医療機関等の名称												年 月 日～ 年 月 日												
緊急 連絡先	氏名												続柄		電話番号										
	住所																								
窓口に来られた人	氏名												本人との関係												
	住所 (または事業所名)	申請者が被保険者本人の場合、住所は記載不要											電話番号 携帯番号												
申請理由	No.16																								
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス																								

・申請内容の確認等のために、地方税法に基づく課税台帳及び住民基本台帳法に基づく住民票等について、調査されることを承諾します。
 ・総合事業利用申請書の利用決定事務にあたり、対象者の要介護状態区分を介護保険受給者管理台帳により確認することについて同意します。
 ・介護予防ケアマネジメントを作成する必要があるときには、申請書、基本チェックリスト及び簡易アセスメントを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等へ提供することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

本人確認方法: 運転免許証・個人番号カード・その他()
 番号確認方法: 個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住基または標準システム

基本チェックリスト

氏名		実施日	令和 年 月 日	
希望するサービス内容	訪問型(身体介護・生活援助・訪問型サービス・移動型サービス) 通所型(デイサービス)・配食・見守りサポーター			
No.	質問項目	回答:いずれかに○		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長 cm/体重 kg (BMI)(注)	1. 18.5未満		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされていますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	
26	あなた自身の健康感について	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない		

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

該当基準	社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ
	No.1～20	No.6～10	No.11～12	No.13～15	No.16	No.18～20	No.21～25
「1」の数							
「1」の数について	10以上	3以上	2	2以上	1	1以上	2以上
該当に○	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

担当者:

長寿社会課記入欄	サービス事業対象の適否	該当 ・ 非該当
----------	-------------	--------------