

安中市長 様

住所
氏名
申請者 (対象者との続柄：)
電話番号

在宅寝たきり等高齢者おむつサービス申請書

在宅寝たきり等高齢者おむつサービスを受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請に当たっては、対象者の所得税課税年額、介護保険の認定に係る書類及び介護認定審査会の判定結果書類を市において調査することを承諾します。また、サービスの対象者と決定された場合は、継続可否等の判断のため、同様の調査を毎年行うことについても、併せて承諾します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名					
	住所	安中市				電話番号 ()
	要介護度		生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり		
	介護支援専門員	(事業所名) (担当者)				
対象者の状況	身体状況	<input type="checkbox"/> 屋内ではおおむね自立し、外出時には介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 主にベッド上で生活し、屋内では一部介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上で生活し、排せつ及び着替えに介助を必要とする。				
	移動	<input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用して移動できる。 <input type="checkbox"/> ^は 這って移動できる。 <input type="checkbox"/> 一部介助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 全介助を必要とする。				
	認知状況 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 意思の伝達ができない。 <input type="checkbox"/> 場所が理解できない。 <input type="checkbox"/> 排泄に係る動作が理解できない。				
	尿意・便意の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	平均在宅日数	1月あたり (日程度)		
	常時おむつが必要 (常時失禁状態) であるか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
世帯状況	世帯人数	()人暮らし				
	氏名	対象者との続柄	年齢	備考		
特記事項						

市処理欄	対象者の前年所得税 (1月～6月申請の場合は前々年)		課税 ・ 非課税	
	障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書	自立・J1・J2・A1・A2・B1	B2・C1・C2
認定調査票		自立・J1・J2・A1・A2・B1	B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	主治医意見書	自立・I・IIa・IIb	IIIa・IIIb・IV・M	
	認定調査票	自立・I・IIa・IIb	IIIa・IIIb・IV・M	