和泉市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

年　　　　月　　　　日

和泉市長　あて

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者（被保険者） | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 | |  |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | 男・女 | 生年月日 | 明　・　大　・　昭  　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | |

（以下、市及び包括等記入欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 確認事項 | | | チェック欄 |
| 希望するサービスの内容 | 1 | 「訪問介護」の生活支援（掃除や買い物等）サービスを利用して、自立して生活できるようになりたい | □ |
| 2 | 「通所サービス」を利用して、介護予防に取り組み、自立して生活できるようになりたい | □ |
| 3 | 現在入院中であるが、退院後に短期的に「訪問介護」や「通所サービス」のみを利用して、自立して生活できるようになりたい | □ |
| 4 | 短期的に専門職による生活機能改善を自宅で受け、自立して生活できるようになりたい | □ |
| 5 | おたがいさまサポーター事業を活用して、自立した生活を送りたい | □ |
| 6 | 移動支援サービスを利用して、自立した生活を送りたい | □ |
| 7 | 下記の介護予防サービスを利用したい（希望するサービスに○） | □ |
| 1．訪問看護　2．ショートステイ　3．デイケア　4．福祉用具レンタル・購入（歩行器、車いすなど）　5．訪問入浴　6．住宅改修（手すりの取付け、段差解消など）　7．地域密着型サービス |
| 8 | 施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム）へ入所、入居したい | □ |
| 本人の状態 | 9 | 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない | □ |
| 10 | 身の回りのこと（排泄、着替え等）や薬の管理・金銭管理が自分でできない | □ |
| 11 | 大きな病気やけがで入院中又は療養中である | □ |
| 12 | 寝たきり又は、認知症状があり、日常生活（買い物、調理など）が一人でできない | □ |

|  |
| --- |
| 確認者 |
| 事業所名 |

