

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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	11 大きな病気やけがで入院中又は療養中である	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>

確認者

事業所名