

和泉市介護予防住まい改修支援事業助成金申請 事前申出書

事前申出日： 年 月 日

様式第1号（第2条関係）

和泉市介護予防住まい改修支援事業助成金について事前申出いたします。

なお、利用対象者決定のために行う住民基本台帳および介護保険認定給付情報、並びに助成金支払事務のために行う課税情報の確認を承諾します。

ふりがな			生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日
対象者 氏名			
住所			電話番号
介護保険の状況	未申請 申請中 非該当 要支援 要介護	住宅改修の有無	有 ・ 無
住居について	一戸建て ・ 集合住宅	所有形態	自宅 ・ 借家
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない		

◎申出者が対象者以外の家族の場合や書類等の送付先が対象者以外の家族を希望する場合は、以下も記載してください。

書類等の送付先 対象者 対象者以外の家族

申請者または書類送付先			
氏名		対象者との続柄	
住所	〒	電話番号 (自宅・携帯)	

◎対象者が入院中の場合は、下記に記載してください。

入院先 (病院名)	
退院 予定日	年 月 日 予定

退院の予定が決まっていない場合は事前申出はできません。

介護予防 お元気チェックリスト 以下の質問に「はい」「いいえ」などで回答し、★の数を数えて記入してください

No.	質問項目	いずれかに○をつけてください		★の数	
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ★	個	個
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ★		
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ★		
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ★		
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	いいえ★	個	個
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	はい	いいえ★		
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ★		
9	この1年間に転んだことがありますか	はい★	いいえ	個	個
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい★	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	はい★	いいえ	個	個
12	体重 _____ kg ÷ 身長 _____ m ÷ 身長 _____ m = _____	18.5以上	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	はい★	いいえ	個	個
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい★	いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	はい★	いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ★	個	個
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい★	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ますか	はい★	いいえ	個	個
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	はい	いいえ★		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい★	いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい★	いいえ	個	個
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	はい★	いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	はい★	いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい★	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	はい★	いいえ		

和泉市介護予防住まい改修支援事業助成金申請対象者は、以下の内容に全て当てはまる人が対象になります。

- 65歳以上の和泉市民
- 介護保険の認定を受けていない人
- お元気チェックリストで介護予防が必要と判断される人
- 過去に、介護保険の住宅改修や介護予防住まい改修支援事業を活用していない人
- 在宅で生活されている人(入院中及び老人ホームや高齢者の賃貸住宅に住んでいる場合は除く。入院中の場合は退院予定が決定しているときのみ申請可能)

市記入欄(確認: 年 月 日 確認者:)

住基 (宛名コード)						
介護保険 認定状況 ✓	未申請		申請中			
	非該当					
	要支援		1	2		
	要介護		1	2	3	4
	被保険者番号					
住宅改修 履歴	介護保険:	年	月	日	実施	
	住まい改修:	年	月	日	実施	