

記入例

羽曳野市高齢者福祉サービス申請書 福祉理美容・移送サービス

羽曳野市長 様

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

対象者	ふりがな氏名	はびきの たろう 羽曳野 太郎 (男・女)	生年月日(年齢)	明・大・昭 (昭) 口年 〇月 △日 (×× 才)	
	住所	羽曳野市 誉田 4-1-1			
	電話	072-9××-××××			
	介護認定	要介護 口1 口2 ☒ 3 口4 口5 * 福祉理美容は 要介護3~5、移送サービスは要介護4~5の方が対象となります。			
	サービスを受けたい理由	必ずご記入ください。(お身体の状態を具体的にご記入ください。) 例：寝たきりのため、交通機関での移動が難しく、通院時に福祉タクシーを利用したい。			
	世帯構成	口独居 ☒ 高齢者世帯 口同居 口その他 ()			
同居家族	氏名	生年月日	性別	対象者との続柄	職業
	羽曳野 花子	昭和 口年 〇月 △日	男・女 (女)	妻	有・無 (無)
			男・女		有・無
			男・女		有・無
			男・女		有・無
申請種類	口 福祉理美容助成事業		申請されるサービスにチェックをお願いします。		
	☒ 移送サービス事業				
ご記入者	氏名	羽曳野 一郎	住所	誉田〇-△-×	
	電話	072-9××-××××	対象者との続柄	長男	
	記入者をご本人の場合は氏名のみご記入下さい。				
事業所代行	事業所名		窓口	郵送	市 確認印

裏面にも記入をお願いします



該当の箇所にチェックをお願いします。

1. お身体の状態についてお伺いします

- | | | |
|----------------------------|--|---|
| 1 手や足に痛みやしびれがありますか | ☒ はい | ☐ いいえ |
| 2 手や足の関節に動かしにくさがありますか（拘縮等） | ☒ はい | ☐ いいえ |
| 3 眼に見えにくさがありますか | ☐ はい | ☒ いいえ |
| 4 聞こえにくさがありますか | ☒ はい | ☐ いいえ |
| 5 1年以内に転倒したことがありますか | ☒ はい | ☐ いいえ |

2. 生活の様子をお伺いします

- 1 現在、どこで生活されていますか
☒自宅 ☐ケアハウス ☐グループホーム ☐有料老人ホーム ☐サービス付き高齢者向け住宅
☐病院に入院中 ☐介護保健施設に入所中 ☐その他（ ）
- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---|
| 2 室内ではつかまらないで移動ができますか | ☐ はい | ☒ いいえ |
| 3 昼間、トイレへ自分で行けますか | ☐ はい | ☒ いいえ |
| 4 夜間、トイレへ自分で行けますか | ☐ はい | ☒ いいえ |
| 5 寝た状態から上半身を起こせますか | ☐ はい | ☒ いいえ |
| 6 上半身を起こして約10分間座れますか | ☐ はい | ☒ いいえ |
| 7 ベッドから車椅子などへ乗り移ることができますか | ☐ はい | ☒ いいえ |

現在ご利用されている介護サービスをご記入下さい。

（介護サービスの利用状況をご記入ください。）

例：通所介護（デイサービス）：週3回（月・水・木）
訪問介護（ヘルパー）：週2回（火・金）
ショートステイ：月1回（1泊2日） など

【参考】

介護度についてのサービス対象者範囲

福祉理美容助成事業 要介護3～5

移送サービス事業 要介護4，5

おむつ給付事業 要介護1～5

（別途、申請が必要です。）

※申請記載内容について、事業実施にあたり必要な範囲で委託業者に情報提供いたしますが、本事業の目的以外には一切使用いたしませんので、ご了承下さい。