

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		生年月日(年齢)	明・大・昭 年 月 日 (才)		
	住所	羽曳野市				
	電話					
	介護認定	要介護 □1 □2 □3 □4 □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					
	世帯構成	□独居 □高齢者世帯 □同居 □その他 ()				
同居家族	氏名	生年月日	性別	対象者との続柄	職業	
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	
申請種類	□ 福祉理美容助成事業					
	□ 移送サービス事業					
ご記入者	氏名	住所				
	電話	対象者との続柄				
	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 

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。

【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。