

記入例

羽曳野市高齢者福祉サービス申請書
おむつ給付事業

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		生年月日(年齢)	大・ <u>昭</u> □年 △月 ○日 (×× 才)	
	住所	羽曳野市 誉田4-1-1				
	電話	(自宅) 072-9××-×××× (携帯) 0×0-××××-××××				
	個人番号	12桁の個人番号(マイナンバー)をご記入下さい。			生活保護の適用	☒ 無 ☐ 有
	介護認定	要介護 □1 □2 □3 ☒ 4 □5				
	サービスを受けた理由	必ずご記入ください。(お体の状態を具体的にご記入ください。) 例：恒例に伴い足腰が弱り、トイレへ行くのに時間がかかる為おむつが欠かせません。				
	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
	羽曳野 花子	昭和 □年 ○月 △日		男・ <u>女</u>	妻	有 ・ <u>無</u>
	同居されている方がいらっしゃる場合は ご記入ください。			男・女		有 ・ 無
				男・女		有 ・ 無
				男・女		有 ・ 無
ご記入者	氏名	住 所				
	電話	対象者との関係				
	記入者をご本人の場合は氏名のみご記入下さい。					

※ 同意	必要が 本人氏	別紙の同意書へご記入願います。
---------	------------	-----------------

事業所代行		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

該当の箇所にチェックをお願いします。

- | | | |
|----------------------------|--|---|
| 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. 生活のご様子をお伺いします

該当の箇所にチェックをお願いします。

- 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 寝た状態から上半身を起こせますか | ☒ はい | ☐ いいえ |
| 4 上半身を起こして約10分間座れますか | ☐ はい | ☒ いいえ |

- 5 認定調査票（基本調査）の「排尿」の項目について

☐介助されていない ☒見守り等 ☐一部介助 ☐全介助 ☐その他（ ）

- 6 認定調査票（基本調査）の「排便」の項目について

☒介助されていない ☐見守り等 ☐一部介助 ☐全介助 ☐その他（ ）

- 7 認定調査票（特記事項）の「ズボン等の着脱」の項目について＊記載があればご記入ください

（例：着脱は自身で行うが、足元が不安定な為見守りや介助が必要）

＊認定調査票の項目については、ケアマネジャー等に確認を行います

介護サービスの利用状況についてご記入下さい

担当のケアマネ事業所名、担当者名をご記入ください。

居宅介護支援事業者（事業者名：

）（担当者：

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

おむつ給付事業

要介護 1～5

※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。