

## 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			生年 月日 (年齢)	大・昭	年	月	日				
		男・女			( 才 )							
	住所	羽曳野市										
	電話	(自宅)				(携帯)						
	個人番号									生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	介護認定	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5										
	サービスを受けたい理由											
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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					
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	<del>必要がある時は、貴職が私および私の世帯員の課税状況につき調査をすることに同意します。</del>								
	<del>本人氏名 ( )</del>				<del>代筆者氏名 ( )</del>				

事業所代行		窓口	郵送	市 確認印	
-------	--	----	----	-------	--

・裏面にも記入お願いします



## 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         | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 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） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 眼に見えにくさがありますか            | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 聞こえにくさがありますか             | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 1年以内に転倒したことがありますか        | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

## 2. 生活のご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 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

（ ）

\*認定調査票の項目については、ケアマネー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。

居宅介護支援事業者（事業者名： ）（担当者： ）

### 【 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。