

資料6

八潮市高齢者在宅福祉生活支援事業利用申請書添付資料

(日常生活用具給付等サービス用) ※該当する□の中にレ印を記入してください。

利 用 者 名	(ふりがな)			
申 請 種 目 (該当の種目に○印)	<input type="checkbox"/>	①火災警報器の給付	<input type="checkbox"/>	③電磁調理器の給付
	<input type="checkbox"/>	②自動消火器の給付	<input type="checkbox"/>	④老人用電話加入権の貸与
申 請 理 由				
1. 身体状況等				備考欄
①視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲			
②聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴			
③言語機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
④電話の応対	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由:)			
⑤調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない			
⑥屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> できない			
⑦転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ頃:)			
⑧利用者の状態	<input type="checkbox"/> 何らかの障がい等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。 <input type="checkbox"/> 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 <input type="checkbox"/> 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 <input type="checkbox"/> 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。			
⑨認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名:)			
⑩心身等の障がい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (障がい名:)			
	障がいの種別	<input type="checkbox"/> 身体 (級) <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 療育 (㉠ ・ A ・ B ・ C)		
2. 世帯構成について				
世帯構成 (本人を含む)	氏名	続柄	備考欄	
	(歳)	本人		
	(歳)			
	(歳)			
	(歳)			

3. 緊急連絡先等				
緊急連絡先①	住所			
	ふりがな			
	氏名			
	電話番号		利用者との続柄	
緊急連絡先②	住所			
	ふりがな			
	氏名			
	電話番号		利用者との続柄	
業者からの 事前連絡先	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> その他			
	※「その他」の場合、連絡先を下記に記入してください。			
	住所			
	ふりがな		電話番号	
	氏名		利用者との続柄	
4. 同意				
<p>次の事項について同意いたします。</p> <p>日常生活用具給付等事業申請のため、私の世帯の所得課税状況等を確認することについて、同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 八潮市長</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 _____ 印 _____</p>				

担当課使用欄

障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
備考	