

在宅生活支援事業利用（新規・変更・廃止）申請書

太枠内をすべて記入してください。

I D

(あて先) 佐賀市長		年 月 日	
申請内容			
サービス名（該当に☑）		必要な様式	
<input type="checkbox"/> 高齢者日常生活用具給付		・ 調査票①	
<input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒サービス		・ 調査票②	
<input type="checkbox"/> 安否確認		・ 調査票③	
<input type="checkbox"/> 軽度生活援助		・ 調査票④	
<input type="checkbox"/> 生活支援サービス （ <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 宿泊）		・ 調査票④	
<input type="checkbox"/> 緊急通報システム		・ 調査票⑤	
申請者 利用者	フリガナ		
	氏名	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所	〒 佐賀市 (電話番号:)	
		世帯状況（該当に☑）	
		<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止（該当に☑）		
変更 廃止	変更・廃止の理由（該当に☑）		
	<input type="checkbox"/> 住所異動 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
代行者・ 代筆者	※申込書の提出代行又は代筆の場合は、下記についてご記入ください。		
	住所	氏名	
	電話番号	申請者との関係	
	代行・代筆の理由（該当に☑）		
	<input type="checkbox"/> 申込者（利用者）の来所・記入が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
私は、下記事項について承諾し、各事業の実施要綱に基づき、在宅生活支援事業の利用を申請します。			
1. 私と私の世帯の所得状況について、市長が地方税法に基づく課税台帳等により確認すること。			
2. 私の生活保護受給状況、住民基本台帳、要介護認定に係る調査結果に関する情報について、市長が照会、確認すること。			
3. 私の介護サービスの利用状況について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所その他の関係機関に報告を求めること。			
4. 申請書の内容に定められた各サービス利用に必要な項目について、市長が必要な範囲で、サービス提供事業者及び関係機関に提供すること。			

佐賀市担当者記入欄

介護認定	未申請 非該当 要支援（ ） 要介護（ ）	経済状況	
期限	年 月 日 ~ 年 月 日	生活保護	市県民税非課税世帯 課税世帯
<input type="checkbox"/> 日常生活用具	<input type="checkbox"/> 電磁調理器 <input type="checkbox"/> 火災報知器（1・2）（熱・煙）（ 円）	該当 ・ 非該当	
<input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒	非課税世帯 ・ 課税世帯	該当 ・ 非該当	
<input type="checkbox"/> 安否確認	該当 ・ 非該当	利用開始日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 軽度生活援助	該当 ・ 非該当	利用開始日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 生活支援サービス	該当 ・ 非該当	利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日（ 日間）
<input type="checkbox"/> 緊急通報システム	<input type="checkbox"/> MCWEL <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> 機器撤去依頼		

(1) 利用者の状況（該当に☑）			
①病名等			
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
②かかりつけ医療機関			
医療機関名		住所	
主治医		電話番号	
③身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ ）級	⑤精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ ）級
④ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑥療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

(2) 利用者の家族の状況					
フリガナ	続柄	住所	連絡先	連絡順位	利用者宅への家族の訪問状況 （該当に☑） ※訪問している場合は回数記入
氏名			(自宅) (携帯)		<input type="checkbox"/> 訪問している (年・週・月____回程度) <input type="checkbox"/> 訪問できない
			(自宅) (携帯)		<input type="checkbox"/> 訪問している (年・週・月____回程度) <input type="checkbox"/> 訪問できない
			(自宅) (携帯)		<input type="checkbox"/> 訪問している (年・週・月____回程度) <input type="checkbox"/> 訪問できない

(3) 利用者が現在利用しているサービス (介護サービス、市の福祉サービス等)		※ケアプランの写しを添付する場合は記入不要						
①サービス利用状況チェック表		サービスが入っている箇所に○を記入						
事業者・施設名を記入		月	火	水	木	金	土	日
②担当のおたっしや本舗、居宅介護支援事業所ケアマネジャー								
事業所名		担当者						

(4) 安否確認の利用内容について（該当に☑）								
①希望の曜日 弁当の希望		月	火	水	木	金	土	日
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	弁当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	弁当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
②事前打ち合わせの連絡先		<input type="checkbox"/> 利用者			<input type="checkbox"/> 代行者・代筆者			
※その他の場合は氏名連絡先を記入		<input type="checkbox"/> その他	氏名	連絡先				
③その他希望すること (例) 弁当の種類の希望、アレルギーの有無、訪問時の注意事項など								