

様式第1号

北秋田市介護予防・地域支え合い事業給付申請書

年 月 日

北秋田市長 様

(申込者)

住 所

氏 名

印

利用者との続柄

電 話

北秋田市介護予防・地域支え合い事業に係る福祉サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

サービス利用者	住 所	北秋田市		電話	
	氏 名		性別		
	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)			
希 望 す る 福 祉 サ ー ビ ス (※サービスを希望する番号に○を してください。)	(1) 外出支援サービス (2) 生きがい活動支援通所 (3) 生活管理指導員派遣 (4) 生活管理指導短期宿泊 (5) 食の自立支援 (6) 家族介護用品支給 (7) あんしん電話				
福 祉 サ ー ビ ス 希 望 の 理 由					
摘要					

様式第3号

北秋田市介護予防・地域支え合い事業給付対象者調査票

利用者				調査年月日	
連絡者	住所			電話番号	
	氏名			利用者との関係	
家族状況	氏名		続柄	生年月日 (歳)	職業
1				年 月 日 (歳)	
2				年 月 日 (歳)	
3				年 月 日 (歳)	
4				年 月 日 (歳)	
5				年 月 日 (歳)	
その他の状況					
福祉サービスの給付状況等					
介護保険サービス		頻度等	介護保険以外のサービス		頻度等
1	訪問介護		1	外出支援サービス	
2	訪問看護		2	生活管理指導員派遣	
3	通所介護		3	生活管理短期宿泊	
4	通所リハビリテーション		4	食の自立支援	
5	訪問入浴		5	あんしん電話	
6	短期入所		6	家族介護慰労金支給	
7	家族介護用品支給		7	福祉の雪事業	
8	福祉用具貸与		8	その他	
9	その他 ()				
備考					

調査員氏名	印 (所属)
-------	--------

様式第6号

医療機関 各位

この診断書は、生きがい活動支援通所（生活管理指導短期宿泊）を利用する際に必要となりますので、記入についてよろしくお願いいたします。

診 断 書	
氏 名	生年月日 T・S・H 年 月 日（歳）
住 所	北秋田市
現 在 の 状 況	1 受診状況 ○印をつけてください。 1. 受診している 2. 受診していない
	2 現在の病名 受診している場合は、病名を記入してください。
	3 服薬状況 ○印をしてください。 1. あり 2. なし
	4 血 圧 値 最大値 ～ 最小値 mm Hg
	5 肢 体 不 自 由 言語機能障害
	6 聴 力 障 害 視 力 障 害
	7 呼吸器機能障害
	8 心臓機能障害
	9 伝 染 性 疾 患
	10 入浴について 該当する箇所に○印をつけてください。 1. 入浴させてもよい 2. 注意しながら短時間の入浴であればよい 3. 入浴は見合わせた方がよい 4. その他（ ）
	11 そ の 他 日常生活において、特に注意が必要なことがありましたらご記入ください。
年 月 日	
医療機関名	
医師名	
印	

様式第7号（別表関係）

一次アセスメント票

基 本 事 項	相談年月日	年 月 日 担当者（ ）		
	対象者	氏名 男・女（T・S・H） 年 月 日生 歳		
	聞き取り相手方	本人・家族（ ）・他（ ）	家族構成図	
	申請理由			
	介護認定申請	1なし 2申請中 3あり〔非該当・要支援（ ）・要介護（ ）〕		
	福祉手帳	1なし 2あり（身障 級・精神 級・療育 A B）		
	現在利用、相談している機関	1なし 2あり { 地域型在宅介護支援センター・包括支援センター 居宅介護支援事業所・保健センター 医療機関・福祉担当課・民生委員・その他（ ） }		
経 済 状 況	現在利用しているサービスの状況	1なし 2あり { サービス名、利用頻度： }		
	1自己負担ができる 2自己負担ができない 備考〔a生活保護 bその他（援助等がある等）〕			
家 族	家族構成	1単身 2高齢者夫婦世帯 3高齢者世帯 4その他（ ）		
	家族状況	1日中不在（ ） 2在宅 3その他（ ）		
	食事支援	1同居家族 2親族等（a通い支援 b食事差し入れ c買物援助 dその他） 3支援なし		
健 康 状 況	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名（ ）（ ）頃から		
		1未受診、 2通院 回/月・週、往診 回/月・週		
		服薬 1なし 2あり	かかりつけ医（ ）	
	医師の指示（ ）			
	主な既往疾患	1なし 2あり（ ）		
	B M I	1（体重 kg）÷（身長 m） ² =（ ） 2測定不能		
	四肢機能	1問題なし 2問題あり（ ）		
	視力	1問題なし 2問題あり（ ）		
	聴力	1問題なし 2問題あり（ ）		
	排泄	1問題なし 2問題あり（ ）		
最近6ヶ月の体重の増減		1減った 2変化なし 3増えた		
認知症の症状		1問題なし 2問題あり（ ）		
食 に 関 する 状 況	食生活能力	1支障なし 2支障はないが困難 3支障あり		
		摂食1・2・3（ ） 献立1・2・3（ ） 買物1・2・3（ ） 調理1・2・3（ ） 配、下膳1・2・3（ ） ごみ出し1・2・3（ ） 火気管理1・2・3（ ） 食費管理1・2・3（ ）		
	自立意欲	1問題なし 2問題あり（ ）		
食材調達ができない理由				
調理ができない理由				
利用頻度		（朝食・昼食・夕食）毎日・月・火・水・木・金・土・日（週）回		
総 合 判 断	1. 食の自立支援の承認 2. 食の見守りネットワークの承認 3. 不承認 4. 継続承認 5. 計画の調整後承認 6. 他サービスの利用 7. その他			
	総合判断での特記事項			

あんしん電話登録調査票

フリガナ 氏 名		男 女	生年 月 日	<u>T・S・H</u> 年 月 日
住 所			電話	

確認事項

- 1 あんしん電話の要綱を守ります。
- 2 緊急通報を発し、緊急通報受信センターからの様態確認電話に応答しない場合は、協力員、消防署員等の関係機関からの住宅への立入りを認めます。
- 3 緊急時に、関係機関から派遣された職員、関係者が立入る場合には、住宅の一部破損が生じても修復責任を問いません。

○印や記入をお願いします。

住居の状態	一戸建て 二世帯住宅 借家 市営住宅 アパート その他 ()
	木造 モルタル 鉄筋コンクリート 鉄骨 その他 ()
健康状態	<p>以前、又は現在、病気がありますか</p> <p>高血圧症 糖尿病 心臓病 脳血管障害(脳卒中) リウマチ 神経痛 がん ぜんそく 肺炎 骨折骨粗しょう症 肝臓病 腎臓病 その他</p> <p>最近の体調はいかがですか</p> <p>現在、通院している医療機関はどこですか</p> <p>1 病院名 _____ 電話 _____</p> <p>2 病院名 _____ 電話 _____</p> <p>血液型 (型) Rh ()</p>
保険証の種類	<p>国民健康保険 国民健康保険高齢者受給証</p> <p>社会保険 共済保険 船員保険 全国建設保険 生活保護 退職者保険 後期高齢者医療被保険者証 その他</p>
介護保険	<p>介護認定を受けていますか</p> <p>要支援1 要支援2 要介護 () 申請中 非該当</p> <p>認定を受けていない</p>
障害について	<p>障害者手帳を持っていますか</p> <p>はい _____ 種 _____ 級 _____ 障害名 _____</p> <p>いいえ</p> <p>その他障害等の手帳を持っていますか _____ 手帳 _____</p>

協 力 員	1	氏名 _____	関係 _____
		住所 _____	電話 _____
近 所 の 方	2	氏名 _____	関係 _____
		住所 _____	電話 _____
親 戚 の 方	1	氏名 _____	関係 _____
		住所 _____	電話 _____
鍵の管理依頼者		氏名 _____	関係 _____
		住所 _____	電話 _____
緊急搬送時の住居管理依頼者		氏名 _____	関係 _____
		住所 _____	電話 _____
民 生 委 員		氏名 _____	電話 _____
介護支援事業所		事業所名 _____	担当介護支援専門員 _____
		住所 _____	電話 _____
そ の 他		福祉サービス等を受けて、連絡が必要なところ等	
		氏名 _____	関係 _____
		住所 _____	電話 _____

区分：ひとり暮らし 高齢者世帯 独居重度身体障害者 その他

様式第9号

北秋田市介護予防・地域支え合い事業利用者変更及び中止届

年 月 日

北秋田市長 様

(申込者)

住 所

氏 名

印

利用者との続柄

電 話

北秋田市介護予防・地域支え合い事業について、福祉サービスを変更（中止）します。

サービス利用者	住 所	北秋田市		電話	
	氏 名		性別		
	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)			
変更（中止）する福祉サービス名					
変更（中止）の年月日・内容等					
変更（中止）する理由					
摘要					

外出支援サービス利用申請に伴う添付票

利用者氏名			生年月日 (年齢)	T・S・H 年 月 日 (歳)	性別	男・女
利用時の介助者	氏名			電 話		
				続 柄		
介護認定状況	1. なし 2. 申請中 3. あり 【 非該当・要支援 () ・要介護 () ・変更申請中】					
担当ケアマネ 等連絡先	事業所 氏 名		障害手帳 障害名		1 身体障害(児)者手帳 1・2級 2 療育手帳 A 3 精神障害者保健福祉手帳 1級	
					県 号 種 級	
状況及び 利用目的等	<p>※ 該当する番号を○で囲み () 内に具体的病院、施設、行事等名を記入して下さい。</p> <p>1 通院のため (病院等名)</p> <p>2 生活支援等 (行事・買物・美容院・他)</p> <p>3 その他 ()</p> <p>※ 具体的利用理由を記入して下さい。 (例：寝たきり状態のため、通常の交通機関を利用できない)</p> <p>※ 移動状況について</p> <p>1 一人で歩行できる</p> <p>2 介助者にささえてもらいと歩行できる</p> <p>3 杖、歩行器、シルバーカー等を使用し一人で歩行できる</p> <p>4 車椅子を自分で操作し移動できる</p> <p>5 車椅子、ストレッチャー等で、介助されて移動する</p> <p>6 その他の状況 ()</p>					
地区回数等	<p>※ 支援地域の該当する番号を○で囲んで下さい。</p> <p>1 鷹巣地区</p> <p>2 合川地区</p> <p>3 森吉地区</p> <p>4 阿仁地区</p> <p>5 市外 (大館市・能代市・秋田市・弘前市・その他)</p>					
	<p>※ 利用開始希望日と月利用回数を記入して下さい。</p> <p>令和 年 月 日 から (月 回 希望)</p>					
利用希望 事業所名	<p>※ 希望する事業所番号を○で囲んで下さい。</p> <p>1 北秋田市社会福祉協議会 ・たかのす地域福祉センター ・あいかわ地域福祉センター ・もりよし地域福祉センター ・養護老人ホーム もろび苑</p> <p>2 社会福祉法人阿仁ふくし会</p>					

様式第11号

医療機関 各位

次のことは、高齢者障害者等外出支援サービスを利用する際に必要となりますので、記入についてよろしくお願いいたします。

北秋田市

医師の所見	
氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	北秋田市
現在の状況	1 外出支援サービスを使用しなければならない理由 (病名・症状等)
	2 移動について ○印又は記載をしてください。 1 どうか自分で歩行できる。 2 常時、見守りがあることで歩行できる。 3 歩行器等の補助具を使用または介助があればできる。 4 移動に車椅子が必要である。 5 移動にストレッチャーが必要である。 6 その他 ()
	3 その他 移送サービスを利用するにあたり、特に注意が必要なことがありましたらご記入ください。
年 月 日	
医療機関名	
医師名	
㊦	