

## 交野市高齢者在宅サービス総合申請書

年 月 日

交野市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 利用者との続柄 ( )  
 電話 \_\_\_\_\_

下記の在宅サービスを利用したいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
利用者氏名			
住 所	交野市		
電 話 番 号			

下記の希望するサービスの番号に○をつけて下さい。

	在 宅 サ ー ビ ス 名		在 宅 サ ー ビ ス 名
1	高齢者家族やすらぎ支援事業 ※ 連絡先： 1日の過ごし方：	3	日常生活用具給付・貸与 ( 給・貸 ) ( 給・貸 )
2	寝具洗濯乾燥消毒サービス (寝具丸洗いサービス) ※ (布団の大きさ：シングル・ダブル / 回分)	4	生活管理指導短期宿泊

※印のサービスについては年に1回の申請が必要となります。

### 1. 家族構成 (独居・同居)

	氏 名	年 齢	続 柄	自宅以外の連絡先 (携帯電話・勤め先など)
同 居 の 家 族				

2. 同居されている方以外の緊急連絡先を必ず記入してください。

氏名	続柄	住所	電話番号
			[自宅] [携帯等]
			[自宅] [携帯等]

3. 利用者の主な病歴・入院歴

発症年月	病名	現在の病状
年 月		
年 月		

4. かかりつけ病（医）院

病院名	受診科目	病名	通院・往診	投薬の有無
	科		回／（週・月）	有・無
	科		回／（週・月）	有・無

5. 利用者の身体状況

移動	普通に歩ける・ゆっくりなら歩ける・物につかまれば歩ける・杖を使って歩ける 這って移動できる・車椅子を使って移動できる（介助なし・介助あり）・移動不可		
排泄	自立・一部介助・全介助 ポータブルトイレ使用（終日・夜間のみ）・オムツ使用（終日・夜間のみ）		
食事	自立・一部介助・全介助	会話	可能・少しなら可・不可
入浴	自立・一部介助・全介助	視力	日常生活に支障{なし・あり}・見えない
着脱	自立・一部介助・全介助	聴力	普通・やや難聴・難聴・全く聞こえない
洗面	自立・一部介助・全介助	物忘れ	なし・あり（ ）

6. 手帳等

身体障害者手帳	なし・あり 等級：（ 種 級） 障害名（ ）
精神保健福祉手帳	なし・あり 等級：（ 級）
療育手帳	なし・あり 判定区分（ A・B1・B2 ）
生活保護	受給（していない・している）
介護保険	1. 対象外 2. 対象者 ①未申請 ②申請中 ③認定済（ 年 月 日付） 〔事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5・非該当〕 【居宅支援事業所： /担当ケアマネジャー： 】 【居宅介護予防事業所： /担当ケアマネジャー： 】

交野市高齢者在宅サービスの利用に際し、下記の項目に同意します。

- 1 交野市高齢者在宅サービスの利用中に受診・加療の必要性が生じ、家族に連絡がとれない場合には、市または利用事業所が受診等の措置を講じること。
- 2 市が在宅サービスの利用者負担を決定するにあたり、個人及び世帯の所得・課税状況等の調査を行うこと。
- 3 身体状況、介護保険の要支援認定・要介護認定等に関する情報を、在宅ケアを支援する目的のために関係機関で必要時活用すること。

本人又は家族代表