

高齢者等在宅福祉サービス利用申請書

柏市長 あて

提出者 住 所

氏 名 (続柄)

電話番号 ()

1 利用者について

ふりがな 利用者氏名 (申請者)		電話番号	() □提出者に同じ
利用者住所	(□提出者に同じ)		
生年月日	□明治・□大正・□昭和・□平成 年 月 日生 (歳)		
介護認定等	□受けていない・□申請中・□要支援(1・2)・□要介護(1・2・3・4・5) □事業対象者・□身体障害者手帳(級 ※障害等級が分かる部分の写しを添付)		
現在の状況	在宅・入院・入所(施設名)		
	施設の所在地	(□上記住所に同じ)	

※入所には有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含みます。

2 利用したいサービス(左の欄に○を記載、介護用品、配食は品番等を記載ください。)

	寝具乾燥消毒		理髪費助成
	寝具丸洗い		送迎費助成
	介護用品(紙おむつ)給付 ※入院中の方は持ち込み可能な場合に限ります。 □Aタイプ(同居者全員非課税で要介護4又は5。ただし施設等入所者はBタイプとなります。) 品番①()・②() ※2種類まで □Bタイプ(要介護2以上又は障害1級又は2級) 品番() 配送月(毎月・偶数月・奇数月) ※毎月以外は量半分(1回当たりの給付量は同量となります。)		生活支援短期宿泊助成
			はいかい者探索システム
			配食サービス費助成 希望日(毎日・週 日程度) 状況 えん下困難・そしゃく困難・その他() ※助成対象はえん下食(ムース食、ミキサー食等)のみ。普通食は対象外です。

3 生計状況・世帯状況

収入等	□生活保護者世帯・□その他の世帯(公的年金等)
世帯状況	□一人暮らし・□同居(別世帯同居,二世帯住宅,同一敷地内親族を含む。)

4 緊急連絡先等

氏名	利用者からの続柄	住所	電話番号

※在宅福祉サービス決定及び利用にあたり必要があるときは、この申請書に記載された内容について委託先事業者等に提供すること、柏市長又は柏市長以外の本市の機関がこの申請書に基づくサービス以外の在宅福祉サービスにおいても利用すること及び利用者本人の身体状況等の把握のため介護保険要介護認定等に係る個人情報について確認することに同意します。

利用者氏名

記 入 欄 市 役 所	送付先	備 考
	有・無	

生活支援短期宿泊助成 同意書

柏市長 あて
施設長 様

利用者 (住所)

(氏名)

印

(自署の場合は押印不要)

●短期宿泊を利用するにあたり、次の事項を厳守いたします。

- 1 入所中、利用者の身体の状況に急変等があったときは病院への移送、その他施設長が必要と認めてとった処置及びそれに伴う必要な費用の徴収について異議を申し立てません。
- 2 利用期間が経過したとき、又は退所を命ぜられたときは、ただちに利用者の身柄を引き取ります。
- 3 その他、柏市長及び施設長の指示を守ります。

●利用者の状態等に関する調書

既往歴
現病歴
病院名
服薬状況 (有・無) 薬の名前 (わかれば記入してください)
その他 (透析等定期的な通院, インシュリン接種等特記事項を記入)