

高齢者等在宅福祉サービス利用申請書

柏市長 あり

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	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・□障害者手帳(身体1級・2級・その他・精神保健福祉)・□療育手帳		
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 以下のAまたはBの左の□に✓を記載ください。 □Aタイプ(同一住所に住民票のある一親等内親族が、 全員非課税で要介護4又は5。ただし施設入所者は、 Bタイプとなります。) 審査の結果、Aタイプの要件を満たさない場合、Bタイプ で決定される場合があります。 □Bタイプ(要介護2以上又は障害1級又は2級) ※入院中の方は持ち込み可能な場合に限りま。	生活支援短期宿泊助成
	配食サービス費助成 以下に○または日数を記載ください。 希望日(毎日・週 日程度) ※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 緊急連絡先等

氏名	利用者からの続柄	住所	電話番号

4 個人情報提供にかかる同意

※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

市記入欄	右のとおり決定してよいか伺います。				決定・一部決定()・却下	決定日
	副参事	統括リーダー	担当リーダー	担当	・介護度/手帳(可・一部可・否) ・身体状況(可・一部可・否) ・市民税額(超過・課・非・生保) ・世帯状況(独居・準独居・同居)	

柏市長 あて

高齢者等在宅福祉サービスにおける税調査承諾書

※

高齢者等在宅福祉サービスの利用にあたり、私及び記載した同居の親族の市民税について、必要な調査を利用期間中継続的に行うことを承諾します。

住所		柏市			
氏名		続柄	均等割額	所得割額	備考
利用者	(印)	本人			
	(印)				
同居の親族	(印)				
	(印)				
	(印)				
	(印)				
(自署の場合は押印不要)			合計		

※利用者及び同居の親族全員について、太枠の中に記入してください。「同居の親族」とは、住民票上の世帯の同一・別を問わず同一住所に住民登録がされている、親・配偶者・子・子の配偶者のことです。

※同居の親族について、記入のない場合にも調査をすることがあります。

※申請年（1月から6月までの間に申請する場合はその前年）の1月1日現在他市町村に居住していた人は、確認ができないので前居住地の課税（又は非課税）証明書を提出してください。

※税の申告を行っていない人は、柏市市民税課で申告し、その写しを提出してください。

市役所記入欄
 確認日 令和 年 月 日 確認者 _____

高齢者等在宅福祉サービス利用申請に係る身体状況確認票

利用者 _____ の身体状況等について、以下のとおり報告します。

対象サービス	対象身体要件等	確認欄
寝具乾燥消毒	一人暮らしまたは高齢者のみの世帯で、どなたも疾病や障害等の理由で布団干しができない状態ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	【同居者がいる場合のみ】 同居世帯員は要介護認定または身体障害者手帳をお持ちですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
寝具丸洗い	1.尿または便失禁がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2.常に床についているまたは認知症ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	【入所者のみ】 施設（※1）に布団を持ち込み使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
介護用品給付 (紙おむつ)	1.尿または便失禁がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2.紙おむつ(リハビリパンツや尿取りパッドを含む)を常に着用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	【入所及び入院者のみ】 施設（※2）・病院に持込の承諾を得ている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
訪問理髪費助成	自分の力だけで座ったままの姿勢を維持できない状態ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	【入所者のみ】 施設（※1）では、理髪サービスの提供が行われていませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
送迎費助成	移動はストレッチャー(寝台車)でしか行えない状態ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	【入所者のみ】 施設（※1）では、送迎サービスの提供が行われていませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
配食サービス費 助成	食事を嚙んだり飲み込んだりする機能が低下しており、普通食の摂取が困難ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	【入所者のみ】 施設（※1）に、食堂が併設されていませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※1：サービス付き高齢者住宅

※2：有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅

申請したサービスについて、身体要件等を確認して、上記黒枠内確認欄の「はい・いいえ」どちらかにチェックを付けて申請書と一緒に提出してください。

上記の内容と認定調査票を参考に審査しますが、疑義がある場合はケアマネジャー等に聞き取りを行う場合があります。

なお、決定後に、虚偽が判明した場合、決定を取り消すことがあります。