

平塚市在宅高齢者福祉サービス利用登録兼利用申請書

(申請先)
平塚市長

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

次のとおり、平塚市在宅高齢者福祉サービスの利用登録(裏面)及びサービス利用の申請をします。
 なお、サービスの利用登録及び利用決定に必要な範囲において、市・県民税課税台帳、住民基本台帳、被保護者台帳及び介護保険の認定・給付状況を毎年調査することに同意します。また、サービスの申請及び実施に関する機関(実施事業所、高齢者よろず相談センター、居宅介護支援事業者)に必要な範囲において、利用登録及び利用申請の内容並びに前記の調査の結果を提供することに同意します。

利用者	住所	平塚市		ふりがな	
				氏名	
	生年月日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日	電話	
			(歳)	性別	男 ・ 女
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 未認定・申請中			
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()				
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (担当CW:)				
受付・相談窓口	高齢者よろず相談センター			担当者	
	居宅介護支援事業者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下記のとおり)				
	事業者名			ケアマネジャー	
	住所			電話	
利用希望サービス	申請区分	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止		開始(実施)希望日	年 月 日
	理由				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ①ふとん乾燥・丸洗い </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ④生活管理指導短期宿泊 (利用施設名:) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ②在宅時緊急通報システム </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ⑤軽作業代行(年度内の申請回数) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ③お話し見守り歩数計(ひらつかみルック) (鍵の預かりサービス <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ⑥通院介助 </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>※①、②、③、⑤、⑥の申請の場合はサービス利用日の調整(①、⑤、⑥)、機器設置日の調整(②、③)を行います。利用者と連絡の取りやすい曜日や時間帯を記入してください。利用者本人が意思疎通の取りにくい方の場合には代わりに日程調整をしていただける方の名前と連絡先を記入してください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 本人 曜日: 時間帯: </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> その他 名前: 連絡先: </div> </div> </div>				
<p>※ ②、③の申請の場合は、下記の内容について利用者の同意が必要になります。 同意する場合は□にレ点を記入してください。</p>					
同意	<input type="checkbox"/> 緊急時の安否確認のためにサービス提供事業者等関係者が自宅に入ることについて同意します。 <input type="checkbox"/> ②、③の機器を故意または過失により汚損・紛失した時は賠償に係る費用を負担することに同意します。				

- 今年度、1回目の申請である。(以下の全項目を記入)※中止の申請の場合は不要
- 今年度、2回目以降の利用申請だが、前回から変更がある。(以下の変更がある項目のみ記入)
- 今年度、2回目以降の利用申請で、前回と変更はない。(以下については記入不要)

< 登録内容 >

心身状況	項目	本人の状況				備考	
	意思疎通	聞く	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 不可	
		話す	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 不可	
		見る	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 不可	
	認知症状	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
	配慮を要する心身状況						
現病・既往歴	傷病名		医療機関(診療科)		現在の受診		
					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
家族・親族等	氏名	住所		年齢	続柄	電話	
※②、③を申請の場合は見守り協力員3名の登録が必要です。(利用者の自宅から近い方を優先に上から御記入ください)							
見守り協力員		氏名	住所		続柄	電話	
	1						
	2						
	3						
合鍵保有者(いる場合のみ)		氏名	住所		電話		
※ 下記のデイサービスに通っている曜日については②、③を申請する場合のみチェックしてください。							
デイサービスに通っている曜日		<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
通っている施設							

課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
決定区分	<input type="checkbox"/> 登録します	<input type="checkbox"/> 登録しません	
決裁	課長	担当長	担当
	起案		
	決裁		
	施行		