様式第1号(第11条関係)

外出支援サービス事業登録申請書

年　　月　　日

　丹波篠山市長　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

続柄

　外出支援サービス事業を利用したいので、登録申請するとともに、介護保険における介護認定審査会資料及び市税等に関する賦課徴収資料(世帯全員分)の調査を承諾します。（自署の場合は、押印は必要ありません。）

記

○利用者

|  |  |
| --- | --- |
| (郵便番号)  住所 | 〒　　　― |
| ふりがな  氏名 |  |
| 生年月日 | 明治　大正　昭和　　　　年　　　月　　　日生　　(　　　歳) |

○つきそいの有無

|  |  |
| --- | --- |
| 1　あり(家族・事業所＜事業所名：　　　　　　　　＞) | 2　なし |

〇市外利用区間（市外医療機関の登録が必要な場合は記入してください。）※隣接市町のみ

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅から　　　　　　　　　　　医院(病院)  　　　　　（　　　　　　市） | 自宅から　　　　　　　　　　　医院(病院)  　　　　　（　　　　　　市） |
| 【市外医療機関の受診が必要な理由を具体的にご記入ください。】  例：市内に診療科目がないため（〇〇科）、市内病院等からの紹介で受診する必要があるため　など | |

※市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 審査年月日 | 年　　月　　日 | 登録No |  |
| 備考 |  | | |

日常生活動作調査票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | | | 住所 | 生年月日 | 電話番号  （自宅）  （携帯電話） |
| 身体の状況 | 視力 | 1　普通　　2　見えにくい　　3　ほとんど見えない　　4　その他(　　　　　　　　) | | | |
| 聴力 | 1　普通　　2　補聴器又は大声で聞こえる　　3　補聴器又は大声でも聞こえにくい | | | |
| 言語 | 1　明度　　2　やや不明瞭　　3　不明瞭 | | | |
| 理解度 | 1　理解できる　　2　ある程度理解できる　　3　ほとんど理解できない | | | |
| これまでの大きな病気や、現在治療等を受けている病気について記入してください。 | |  | | | |
| 日常生活動作の状況 | 歩行 | 1　普通に歩行　　　2　何かにつかまればできる　　3　できない  　　(歩行における状況を詳しくご記入ください。) | | | |
| 車いす | 日常生活で常時車いすを　　　1　使用する　　　2　使用しない  　　(車いすの使用状況や必要性について詳しくご記入ください。) | | | |
| 車への乗り降り | 1　自分でできる　　2　介助があればできる　　3　自分でできない | | | |
| 座位保持 | 1　自分でできる　　2　誰かに支えてもらえばできる　　3　できない | | | |
| 日常での問題点 | |  | | | |
| 障害の有無 | | 1　あり　　ア　上肢　　イ　下肢　　ウ　体幹　　エ　その他(　　　　　　　　　　)  　　※身体障害者手帳あり　　　種　　級(障害名：　　　　　　　　　　　　　　　)  2　なし | | | |
| 要介護度 | | ・自立　　・要支援1・2　　・要介護1・2・3・4・5  　　　　　※　認定有効期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援専門員確認欄 | 確認日：　　　　年　　月　　日　【サービスの必要性についてご記入ください。】  　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署の場合は、押印は必要ありません。）  事業所名  担当　　　　　　　　　　印 | | |
| 市確認欄 | 確認日：　　　　年　　月　　日　【特記事項】 | | |
| 利用の可否 | 可・否・要検討 | 担当　　　　　　　　　　印 |
| 期間満了設定 | 3か月・6か月・なし |