	年	度 中能登	町在宅高	節者等福	証サーと	ごス利	用申請	善	
中能登町	 長								
下記のサ	ービスを利用	目したいので申	ョ請します。						
ź	手 月	В			Ŧ				
			E	申請者住所					
			E	申請者氏名					
				(サービス	ス利用者との)続柄:)	
				電話					
	住 所	中能登町							
	氏 名			生年月日	(大・昭)	年	月日	生(満	歳)
	介護認定(該当 するものに〇)	要介護 1	2 3 4	4 5	要支援 1	2		‡該当 ————	
サービス	ケアマネジャー	事業所名:				担当者			
利用者の 状 況		氏	名	年 齢	利用者との 続 柄		備	5	
	同居する 家族構成								
	多次相外								
	<u> </u>	<u> </u> 用したいサー	 -ビスの種類	<u>L</u> 類 (O印	<u>ー</u> をつけて	 下さい)			
1 在宅高	齢者等福祉 [†]			_	或支援事業 或支援事業	(家族介)護支援)		
ア、外出支援サービス(定期受診の送迎)			ア、徘徊高齢者家族支援サービス						
1. 町内用タクシー券			イ.介護用品券の支給						
2. 町外用タクシー券			ウ.	「食」の自動		業	n33 (C)		
3. リフト付車輌券				(週 高齢者みま ^っ	□ = /\	- 川.車業	曜日)		
イ. 寝具類洗濯乾燥消毒サービス ウ. 訪問理美容サービス					091	ルサ末			
フ. BS BS BS BS BS BS BS BS									
	由きにかかる	 3必要な世帯の	→ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	大子フドモビ尼男パ	(建新を調え	 	とに同音	 1,ます	
l		ナービスは利用			N百炔 C M E	19 OC		.009.	
(7,12)	والمهام المالية	ţ	ナービス利用	用者					
			世帯主 氏名						
代筆者 氏名署名 (注) 上記調査の情報開示に係る同意は、原則としてサービス利						<u>(続柄</u> ・************************************	- L の写く) フレ	
(注) する) 上記調査の が、身体等の	の情報開示に係 の都合により署	Rる问恵は、 著名できない	原則とし() 場合は、f	くりーピスネ 大筆によるも	り用有の	る。	八 の者で	<u> </u>

◆ 裏面の在宅高齢者等福祉サービス利用確認票を必ず記入すること

(Oで囲んでください) 該当要件 (※各々のサービスにおいて、すべての項目が該当すること) 定期受診している で期受診している (町外医療機関名: 月・週 回) (大変が重を運転できない (世帯分離は同居扱いとする) 本人及び同居家族が車を運転できない (世帯分離は同居扱いとする) 定期受診している (医療機関名: 月・週 回) (医療機関名: 月・週 回) (できない (※歩行不可・移動の際介護が必要である等状況を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄にO印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である (変介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である (※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄にO印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である (※財産者が月半数以上のショートステイヤ入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である (※財産者が同学を受けている在宅高齢者である 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを利用することが困難である (※歩行困難、車いす等の移乗に手間がかかる等状況を備考欄に記入すること)	確認欄				
ア. 外出支援 (町内医療機関名: 月・週回) 1.町内タクシー券 65歳以上で要介護認定を受けており、交通機関(電車・バス等)を利用することが困難である (※歩行状況等困難な理由を備考欄に記入すること) 本人及び同居家族が車を運転できない(世帯分離は同居扱いとする) 定期受診している 3.リフト付車両券 (医療機関名: 月・週回) 65歳以上で要介護認定を受けており、自家用車またはタクシーに乗ることができない(※歩行不可・移動の際介護が必要である等状況を備考欄に記入すること) *どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 イ. 寝具類洗濯 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である(要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である(※困難な理由を備考欄に記入すること) ウ. 訪問理美容 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを利用することが困難である					
1.町内タクシー券					
1.町内タクシー券 2.町外タクシー券 日難である (※歩行状況等困難な理由を備考欄に記入すること) 本人及び同居家族が車を運転できない(世帯分離は同居扱いとする) 定期受診している (医療機関名: 月・週 回) 65歳以上で要介護認定を受けており、自家用車またはタクシーに乗ることができない(※歩行不可・移動の際介護が必要である等状況を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1.要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である(要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2.身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である(※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1.要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である (楽困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1.要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である 2.身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを利用することが困難である					
2.町外タクシー券					
本人及び同居家族が車を運転できない(世帯分離は同居扱いとする) 定期受診している (医療機関名: 月・週 回) 65歳以上で要介護認定を受けており、自家用車またはタクシーに乗ることができない(※歩行不可・移動の際介護が必要である等状況を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である(要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である(※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを利用することが困難である					
定期受診している					
定期受診している (医療機関名: 月・週 回) 65歳以上で要介護認定を受けており、自家用車またはタクシーに乗ることができない(※歩行不可・移動の際介護が必要である等状況を備者欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である(要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である(※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを利用することが困難である					
名・リフト何単四券 (医療機関名・					
高齢者福祉サーイ・寝具類洗濯 1. 要介護30でを受けており、自家用車またはタクシーに乗ることができない(※歩行不可・移動の際介護が必要である等状況を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である(要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である(※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを利用することが困難である					
者福祉サーイ・寝具類洗濯 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である(要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である(※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である					
社サービス 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である (要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である (※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である ウ. 訪問理美容 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である					
サービス (要介護者が月半数以上のショートステイや入院をしている場合は不可) 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である (※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である					
ビス 2. 身体障害者のみの世帯であり寝具の衛生管理が困難である (※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である ウ. 訪問理美容 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である					
ス (※困難な理由を備考欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である ウ. 訪問理美容 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である					
(※困難な理田を備号欄に記入すること) ※どちらか該当する方を選択して確認欄に〇印を記入 1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である ウ. 訪問理美容 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である	1				
1. 要介護4、5の認定を受けている在宅高齢者である ウ. 訪問理美容 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である	1				
ウ. 訪問理美容 2. 身体障害者のみの世帯であり理美容店へ出向き、一般の理美容サービスを 利用することが困難である					
利用することが困難である					
10.00					
(※歩行困難、車いす等の移乗に手間がかかる等状況を備考欄に記入すること)					
工、除雪援助 高齢者(70歳以上)のみの世帯もしくは要介護認定者・身体障害者のみの世帯であ	<u> </u>				
ア. 徘徊高齢者 徘徊のみられる認知症の高齢者を介護している家族である					
要介護3~5の認定を受け、常時おむつを使用している在宅高齢者である					
家族がおむつ交換を行っている(同居・別居は問わない)					
→ となたが交換していますか ()					
2 (※要介護者が月の半数以上ショートステイや入院をしている場合は不可)					
地 疾病等があり栄養改善、見守りが必要である65歳以上の者					
支					
事 業 (原則、64歳以下の同居親族及び同居人がいる場合、又は自分で食材を調達 できる場合は不可)					
★「食」の自立支援 アセスメント票を添付すること					
工、高齢者みまもり 緊急性を要する疾病がある65歳以上の者(疾病名					
コール事業 65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯もしくは身体障害者のみの世帯である)				

	※身体·生活状況等記入	
備		
備考欄		

※町記入欄	介護保険料納付状況	滞納	無	有		
	町税納付及び課税状況	滞納	無	有	課税世帯非課税世帯	
	申請者確認欄	□免許証(NO.)□個人番号カード □保険証 □その他()