

年度 中能登町在宅高齢者等福祉サービス利用申請書

中能登町長

下記のサービスを利用したいので申請します。

年 月 日

〒

申請者住所

申請者氏名

(サービス利用者との続柄：)

電 話

サービス 利用者の 状 況	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○)	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	非該当		
	ケアマネジャー	事業所名：		担当者：		
	同居する 家族構成	氏 名	年 齢	利用者との 続 柄	備 考	

利用したいサービスの種類 (○印をつけて下さい)

1. 在宅高齢者等福祉サービス

ア. 外出支援サービス(定期受診の送迎)

1. 町内用タクシー券

2. 町外用タクシー券

3. リフト付車輛券

イ. 寝具類洗濯乾燥消毒サービス

ウ. 訪問理美容サービス

エ. 除雪援助事業

2. 地域支援事業(家族介護支援)

ア. 徘徊高齢者家族支援サービス

イ. 介護用品券の支給

ウ. 「食」の自立支援事業

(週 回 曜日)

エ. 高齢者みまもりコール事業

この申請にかかる必要な世帯の介護保険料、後期高齢者医療保険料及び税関係書類を調査することに同意します。

(滞納があるとサービスは利用できません。)

サービス利用者
世帯主 氏名署名

代筆者 氏名署名 (続柄)

(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用者の世帯主本人の署名とするが、身体等の都合により署名できない場合は、代筆によるものとする。

◆ 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

利用希望サービス (○で囲んでください)		★該当項目を申請者確認欄に○印を記入してください→ 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)	申請者 確認欄
1 在宅 高齢 者 福 祉 サ ー ビ ス	ア. 外出支援	定期受診している (町内医療機関名: 月・週 回) (町外医療機関名: 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)	
	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)	
	3.リフト付車両券	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)	
	イ. 寝具類洗濯	※どちらか該当する方を選択して確認欄に○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)	
	ウ. 訪問理美容	※どちらか該当する方を選択して確認欄に○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 (※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)	
エ. 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る		
2 地域 支 援 事 業	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	
	イ. 介護用品券	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) →どなたが交換していますか() (※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)	
	ウ. 「食」の自立支援	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 65歳以上のみの世帯であり調理困難である (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	
	エ. 高齢者みまもりコール事業	緊急性を要する疾病がある65歳以上の者(疾病名) 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	

備考欄	※身体・生活状況等記入
-----	-------------

※町 記 入 欄	介護保険料納付状況	滞納 無 有	
	後期高齢者医療保険料納付状況	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()	