

船橋市やすらぎ支援員訪問事業利用申請書

船橋市長 あて

申請者 住 所 .....  
(介護者)

氏 名 .....

電話番号 .....

やすらぎ支援員訪問事業を利用したいので、次のとおり申請します。

また、申請にあたり、要件の確認及び利用料を算定するために必要に応じて、対象者及び同居家族の住民基本台帳や課税状況を確認すること、介護認定や居宅介護支援事業者の情報、介護保険サービスの利用状況を確認すること並びに委託事業者に提供することについて、(代理申請にあっては、対象者より了承を得たうえで) 同意します。

なお、当申請に係る諸問題が発生した場合には、私が責任をもって対処することを約束します。

認知症 高齢者	ふりがな 氏 名				
	住 所	船橋市			
	電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	
介護保険	介護認定 状況	未申請 要支援・要介護 ( )	ケアマネ ジャー	氏名	電話
	利用中の サービス	訪問介護      デイサービス      ショートステイ      配食サービス その他 ( )			
医療機関	既往症				
	治療中の 病気				
	かかりつ け医	電話番号			
同居する 家族状況	氏 名	続柄	年齢	電 話 番 号	
緊急時の 連絡先	①				
	②				

この申請書は郵送可能です。(出張所・連絡所でもお預かりします)

要件 確認	<input type="checkbox"/> 65歳以上である
	<input type="checkbox"/> 認知症の症状がある(疑いがある)

船橋市やすらぎ支援員訪問事業利用調査票

(高齢者)  
氏名

<p>神経症状</p>	<p>ひどい物忘れが <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無                  物を盗られたなどと被害的になることが <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無                  実際にはないものが見えたり聞こえたりする <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無  <b>失見当</b> 環境が変わると一時的に場所がわからない (有・無)                  時々自分の部屋がわからなくなる (有・無)</p>	
<p>周辺症状</p>	<p><b>攻撃的行為</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無  <b>不潔行為</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無  <b>徘徊</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無  <b>昼夜逆転</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無</p>	<p><b>自傷行為</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無  <b>異食行動</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無  <b>火の不始末</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無  <b>失禁</b> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>時々有 <input type="checkbox"/>無                  (おむつ している していない)</p>
<p>日常生活</p>	<p><b>歩行</b> <input type="checkbox"/>歩ける <input type="checkbox"/>介助すれば歩ける  <input type="checkbox"/>歩けない  <b>視力</b> <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>やや不自由 <input type="checkbox"/>不自由  <b>聴力</b> <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>やや難聴 <input type="checkbox"/>難聴  <b>意思疎通</b> <input type="checkbox"/>通じる <input type="checkbox"/>大体通じる  <input type="checkbox"/>ほとんど通じない</p>	<p><b>発語</b> <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>やや不自由 <input type="checkbox"/>不自由  <b>食事</b> <input type="checkbox"/>食べられる <input type="checkbox"/>見守り等必要  <input type="checkbox"/>全介助  <b>飲水</b> <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り等必要  <input type="checkbox"/>全介助  <b>排泄</b> <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>介助すればできる  <input type="checkbox"/>全面的介助                  (トイレ誘導 必要なし 必要)</p>
<p>派遣を希望する理由や留意事項</p>		

記入年月日 令和 年 月 日