

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 **船橋市 湊町1-1-1**
(介護者)

氏 名 船橋 一郎

電話番号 047-111-0000

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。

認知症 高齢者	ふりがな 氏 名	ふなばし たろう 船橋 太郎			
	住 所	船橋市 湊町 1-1-1			
	電話番号	047-111-〇〇〇〇	生年月日	〇〇年 〇〇月〇〇日（満 〇〇 歳）	
介護保険	介護認定 状況	未申請 要支援・ 要介護 (1)	ケアマネ ジャー	氏名 船橋 花子	電話 047-222-〇〇〇〇
		事業所 船橋介護サービス			
	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	心筋梗塞			
	治療中の 病気	アルツハイマー型認知症、〇〇〇			
	かかりつ け医	船橋総合病院 電話番号 047-333-〇〇〇〇			
同居する 家族状況	氏 名	続柄	年齢	電 話 番 号	
	船橋 一郎	長男	60 歳	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲	
	船橋 梅子	長男の妻	58 歳	080-●●●●-●●●●	
緊急時の 連絡先	① 船橋 一郎	長男	60 歳	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲	
	② 船橋 梅子	長男の妻	58 歳	080-●●●●-●●●●	

次の内容に同意される場合、□にチェックを入れてください。

☒ **本申請にあたり、要件の確認及び利用料を算出するに当たり、対象者の住民基本台帳や課税状況の確認、介護認定や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出することについて同意します。**

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	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)
	窓口確認用のため、記入しないでください。

各項目について、未記入の箇所は電話等聞き取りの際に確認しますので、そのまま結構です

(高齢者)

氏 名 船橋 太郎

神経症状	ひどい物忘れが ☐有 ☒時々有 ☐無 物を盗られたなどと被害的になることが ☐有 ☒時々有 ☐無 実際にはないものが見えたり聞こえたりする ☐有 ☐時々有 ☒無 失見当 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)	
周辺症状	攻撃的行為 ☐有 ☐時々有 ☒無 不潔行為 ☐有 ☐時々有 ☒無 徘徊 ☐有 ☒時々有 ☐無 昼夜逆転 ☐有 ☒時々有 ☐無	自傷行為 ☐有 ☐時々有 ☒無 異食行動 ☐有 ☐時々有 ☒無 火の不始末 ☐有 ☐時々有 ☒無 失禁 ☐有 ☐時々有 ☒無 (おむつ ☒している ☐していない)
日常生活	歩行 ☒歩ける ☐介助すれば歩ける ☐歩けない 視力 ☐普通 ☒やや不自由 ☐不自由 聴力 ☐普通 ☒やや難聴 ☐難聴 意思疎通 ☐通じる ☒大体通じる ☐ほとんど通じない	発語 ☐普通 ☒やや不自由 ☐不自由 食事 ☒食べられる ☐見守り等必要 ☐全介助 飲水 ☒自立 ☐見守り等必要 ☐全介助 排泄 ☒できる ☐介助すればできる ☐全面的介助 (トイレ誘導 ☒必要なし ☐必要)
派遣を希望する理由や留意事項	家族が外出の際、一人で自宅にいと不安なので見守りをお願いしたい。 派遣希望時間：月、水曜日 9：00～11：00	

記入年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日