様式第１号（第４条関係）

高齢者等福祉サービス利用（変更・廃止・減免）申請書

令和　　　年　　月　　日

山元町長　　　　　殿

申請者　住　所　　山元町

氏　名

電話番号　　　　―

　　山元町高齢者等福祉サービスを利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | | | | 性別 | 男・女 | 申請者との続柄 |  | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　年　　月　　日　（　　　　歳） | | | | | | | | |
| 家族の状況 | 氏名 | | 年齢 | 続柄 | 職業 | | 勤　務　先　名 | | | 電話番号 |
|  | |  |  |  | |  | | |  |
|  | |  |  |  | |  | | |  |
|  | |  |  |  | |  | | |  |
|  | |  |  |  | |  | | |  |
| 生活状況 | 食　事　□自立　□一部介助　□全介助  排　泄　□自立　□一部介助　□全介助  入　浴　□自立　□一部介助　□全介助  着脱衣　□自立　□一部介助　□全介助  歩　行　□自立　□一部介助　□全介助 | | | | | | 特記事項 | | | |
| 身体状況 | 聴　力　　□普通　□大きな声なら聞こえる　□全く聞こえない  視　力　　□普通　□大きな字なら見える　　□全く見えない  言　語　　□普通　□ほとんど話せない　　　□全く話せない  麻　痺　　□無　　□有（部位　　　　　　　　　　）  身障手帳　□無　　□有（　　　種　　　級・障がい名　　　　　　　　　　　）  要介護度　□無　　□有　要支援１・２、要介護１・２・３・４・５ | | | | | | | | | |
| 疾病等の状況 | □脳血栓　□脳梗塞　□リウマチ・神経痛　□糖尿病　□高血圧症　□心臓病  □喘息　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  かかりつけ医 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名 | | | | | | | | | |

　　　※利用決定審査のため、世帯の税状況及び介護保険申請状況を調査させていただきます。なお、年度途中で世帯の税状況の見直しを行いますのでご了承願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更 | 廃止 |
|  | 減免 | 要・否 |

　　　　　　年度

□非課税世帯　□町民税課税世帯　□所得税課税世帯

生計中心者氏名

□非課税

□町民税（　　　　　円）□所得税（　　　　　円）

　対応者　　　　　　　　　　登録番号

別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者氏名 | |  | | | | 登録番号 |  |
| どんな介護保険サービスを利用していますか　　　している　・　していない  　　　　　　年　　月　　日から（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　年　　月　　日から（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 番号 | 事　業　名 | | 利　用　内　容 | | | | 利用料金等 |
| １ | 訪問理美容サービス事業 | | 利用店名（　　　　　　　　　　　　）  電話番号（　　　　　　　　　　　　） | | | | 1,500円／回  （年４回まで） |
| ２ | 家族介護用品の支給 | | 紙オムツ（フラットタイプ・パンツタイプ）、尿とりパット、おむつカバー、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプー、ウエットティッシュ、使い捨て清拭タオル、防水シーツ | | | | 支給上限額  75,000円／年 |
| ３ | 高齢者等短期入所事業 | | 月 　日から　 月　 日まで　 日間 | | | | 宿泊１日あたり  400円  食事代１食あたり  300円 |
| ４ | 徘徊高齢者家族支援サービス | | 居場所検索用端末装置（ＧＰＳ機器）の貸与 | | | | 位置情報提供料  200円／回  バッテリー交換  1,500円／台 |
| ※希望するサービスの番号を○で囲み、利用内容に記載願います。 | | | | | | | |
|  | | | | 確認欄 | 保健福祉課 | | 民生委員 |
|  | |  |

□　変　更

　□　廃　止

　□　減　免〔要・否〕