様式１-１

介護予防・日常生活支援総合事業における利用申請書

申請日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  対象者氏名 |  | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 電話番号  （日中連絡がつく番号） | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | | | 歳※ | | | | | | | |
| 申請者 | 事業所名：  担当者名： | | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | | | | | | | | | | | | |
| 認定無し | □新規　　　□要介護認定申請中 | | | | | | | | | | | |
| 事業対象者 | □更新　　　□要介護認定申請したが「非該当」 | | | | | | | | | | | |
| 要支援・要介護 | □要介護認定の更新をせず申請　　　　□要介護認定の更新申請の結果「非該当」 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 必要とする支援等 | 現在の困り事 |  | |
| この期間で  維持・改善を  目指す課題 | ADL | IADL |
| □歩行　　　□栄養  □入浴　　　□着脱衣 | □掃除　　　　□服薬　　　 □調理  □洗濯　　　　□買物　　　 □金銭管理  □整理　　　　□ごみ出し　□閉じこもり（外出頻度） |
| 希望するサービス | □予防給付相当（訪問）　　　　　　□予防給付相当（通所）　　　　　　□短期集中型  □A型（訪問）　　　　　　　　　　　　□ A型（通所） | |
| 更新申請の理由  ※更新の場合のみ | □十分な機能改善が見られていないため | |
| □サービスの利用がないと自立した生活が送れず、支援が必要なため | |
| □閉じこもり傾向があるため | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 同意欄 | 1. 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成のために必要があるときは、基本チェックリストの記載内容や介護予防ケアマネジメントの内容等の関係資料を、市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び総合事業実施事業者、介護サービス事業者に提供することに同意します。 2. 総合事業の適切な運営のために必要があるときは、この事業に係る個人の情報について統計処理することに同意します。   被保険者氏名  代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄） | | |

裏面に続く

介護予防・日常生活支援総合事業における窓口確認票

様式１-２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | No | 確認内容 | チェック |
| ご本人の心身の状態 | 1 | 移動、外出に介助が必要である。 | □ |
| 2 | 排泄・着替え・入浴などの身の回りのことに介助が必要である。 | □ |
| 3 | 認知症状（物忘れ・同じ話を繰り返すなど）により、日常生活に支障がある。 | □ |
| 希望するサービス | 4 | 以下のサービスを利用したい。  訪問看護・通所リハビリ（デイケア）・ショートステイ・地域密着型サービス・住宅改修・福祉用具のレンタルまたは購入・施設入所（介護保険施設・特定施設）・紙おむつの支給 | □ |
| 5 | 上記のいずれにも該当しないが、訪問型サービスあるいは通所型サービスを利用したい。（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ |

・No１～No４のいずれかに該当する場合、「要介護認定申請」の対象。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | No | 確　認　内　容 | チェック |
| 心身の状態 | 6 | 公共交通機関等を利用して、または車を運転して一人で外出できる。 | □ |
| 7 | 内服管理・金銭管理は自分でできる。 | □ |
| 8 | 電話の応対や伝言を伝えることができる。 | □ |
| 日頃の活動 | 9 | 趣味活動や講座、サークル活動等に、概ね週1回以上参加している。 | □ |
| 10 | 運動ができる施設などに通っている。 | □ |
| 備考欄 |  | | |

※No.5に該当する場合は、下記の内容について確認。

※No.6からNo.8の全てに該当し、かつNo９もしくはNo１０に該当する場合は、「一般介護予防事業」の対象。それ以外は、「基本チェックリスト」の実施。

市チェック欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 基本チェックリスト | アセスメントシート（該当） |
| 運動・移動 | □ 運動機能 | □ 身体介護  □ 機能訓練 |
| 日常生活 | □ 栄養  □ 10項目以上 | □ 生活援助  ※単体の場合はＡ型 |
| 健康管理 | □ 口腔 | □ 必要性あり  □ 口腔機能 |
| 社会参加 | □ 閉じこもり  □ こころ、うつ | □ 閉じこもり  □ うつ予防 |
| 認知症 | □ 認知機能 | □ 認知症予防 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有効期間 | 開始日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 終了日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認内容 |  |