

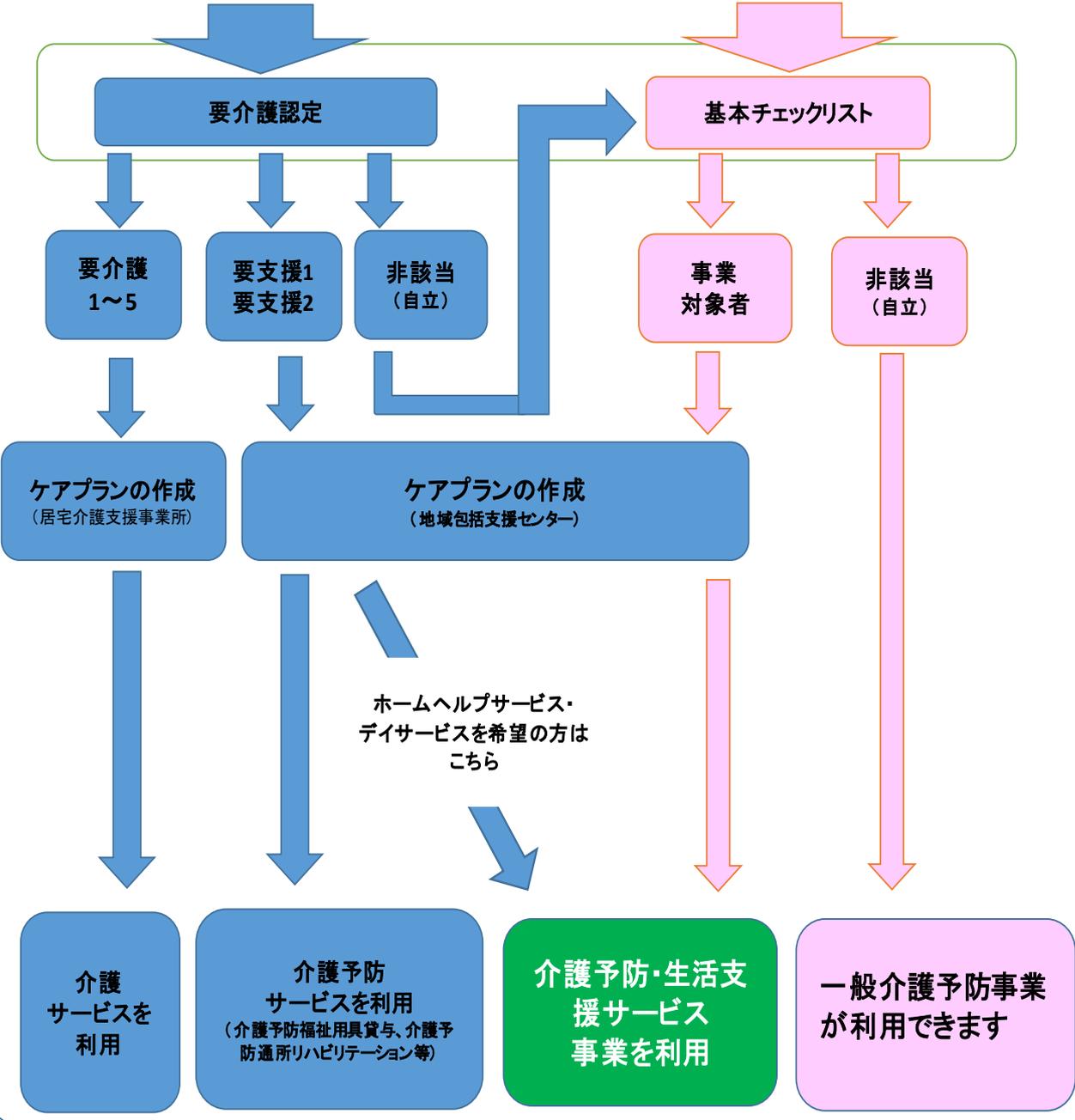
介護予防・生活支援サービス事業が利用できる方

- ◆要支援1・2の方
- ◆基本チェックリストの結果により生活機能の低下が確認された方

利用までの流れ

- ①新規でサービスを利用する方
- ②要介護・要支援認定の更新を迎えた方で右枠に該当しない方
- ③第2号被保険者(40~64歳)

更新時に要支援1・2の方でホームヘルプサービスやデイサービスのみを利用して、今後も同様のサービスを希望する方



矢巾町長 様

矢巾町介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、矢巾町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険制度の要介護認定又は要支援認定の申請をしている場合において、要介護又は要支援の認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとします。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|
| 申請者 (被保険者) | 被保険者番号 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 電話番号 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の認定等 <small>(該当者のみ)</small> | 状態区分 要支援1・要支援2・事業対象者・その他 () 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問合せ先 | フリガナ | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を矢巾町から地域包括支援センターに、利用者負担割合を矢巾町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | 本人氏名 _____ ⑩ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------------------|---------|----|-----------|---------|
| 添付文書 基本チェックリスト | | | 申請受付日 | |
| <事務処理欄> | | | | |
| 受付場所 (氏 名) | 被保険者証回収 | | 介護認定同時申請中 | |
| () | 回収 | 紛失 | 未回収 | あり ・ なし |
| 備考 | システム入力日 | | | |
| | / | | | |

矢巾町基本チェックリスト

| 氏名 | (男・女) | 生年月日 | 記入年月日 | 年月日 | |
|---------------------------------------|---|------|------------|-------|-----------|
| No. | 質問項目 | | 回答(いずれかに○) | | 集計 |
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | | はい | いいえ | |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | | はい | いいえ | |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | | はい | いいえ | |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | | はい | いいえ | |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | | はい | いいえ | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | | はい | いいえ | (3/5) |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | | はい | いいえ | |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | | はい | いいえ | |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | | いいえ | はい | |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | | いいえ | はい | |
| 11 | 6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | | いいえ | はい | (2/2) |
| 12 | 身長 cm 体重 kg BMI= ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) | | 18.5~ | ~18.4 | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | | いいえ | はい | (2/3) |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | | いいえ | はい | |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | | いいえ | はい | |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | | はい | いいえ | (16該当) |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | | いいえ | はい | |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか | | いいえ | はい | (10/20) |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | | はい | いいえ | |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | | いいえ | はい | |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | | いいえ | はい | (2/5) |
| 22 | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | | いいえ | はい | |
| 23 | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | | いいえ | はい | |
| 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない | | いいえ | はい | |
| 25 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | | いいえ | はい | |
| 医師から次の病気にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？ | | | | | |
| ① | 脳卒中(脳梗塞・脳出血等) | ある | なし | 治療中 | 病院名 _____ |
| ② | 高血圧 | ある | なし | 治療中 | 病院名 _____ |
| ③ | 心臓病(心筋梗塞・心不全等) | ある | なし | 治療中 | 病院名 _____ |
| ④ | 不整脈(心室性頻拍、発作性上室性頻拍等) | ある | なし | 治療中 | 病院名 _____ |
| ⑤ | 糖尿病 | ある | なし | 治療中 | 病院名 _____ |
| ⑥ | その他(病名:) | ある | なし | 治療中 | 病院名 _____ |