様式第１（第６条関係）

大口町短期介護利用申請書

 　　 年 月 日

大口町長 　　　　　様

 申請者 住 所 大口町

 氏 名

 電 話

 次のとおり大口町短期介護の利用を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 対象区分 | 1 ４０歳以上で身体障害者手帳の交付を受けている障害の程度が１級又は２級の者2 特定医療費受給者証（指定難病）の保持者3 介護保険法（平成９年法律第１３２号）により要介護及び要支援の認定を受けた者4 ７０歳以上の単身高齢者又は７５歳以上の高齢者世帯に属する者5 その他 |
| 利用期間 | 　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日　（　　　日） |
| 申請理由 |  |
| 連　絡　先 | 氏 名 |  続柄 | 電 話 | 住所(申請者と住所が違う場合)・勤務先 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 医療機関名 |  | 医療機関電　　　話 |  | 服薬 |  なし・ある |
| 現在治療中の　疾　病 |  |

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  身 体 状 況 |  視 力 |  普通・やや見にくい・見にくい・ほとんど見えない |
|  聴 力 |  普通・大声なら聞こえる・ほとんど聞こえない |
|  言 語 |  普通・少し話しにくい・話すことができない |
|  麻 痺 |  上肢（右・左）・下肢（右・左）・その他（ ） |
|  日 常 動 作 |  歩 行 | 自立・一部介助・全介助 ・不能 | 食 事 | 自立（箸･ｽﾌﾟｰﾝ）・一部介助・全介助 |
|  入 浴 |  自立・一部介助・全介助・不能 | 着 脱 |  自立・一部介助・全介助 |
|  排 泄 |  自立・一部介助・ポータブル使用・おむつ（夜のみ・昼夜） |
|  問 題 行 動 |  記憶障害 |  なし・ときどきある・ある | 作　　話 |  なし・ときどきある・ある |
|  不穏興奮 |  なし・ときどきある・ある | 暴言暴行 |  なし・ときどきある・ある |
|  徘 徊 |  なし・ときどきある・ある | 不潔行為 |  なし・ときどきある・ある |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ(食品) |  なし・ある（ ） | ｱﾚﾙｷﾞｰ(薬品) |  なし・ある（ ） |
|
| 介護上の注　意　点 |  |
| 備 　 考 |  |

※申請者に感染症があるときは、備考欄にその病名を記入してください。

 特定医療費受給者証（指定難病）をお持ちの方は、ご提示ください。