

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・スプーン)・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
アレルギー(食品)	なし・ある()	アレルギー(黴)	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。