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。