

第1号様式（第6条関係）

鹿屋市認知症高齢者等家族介護支援サービス事業利用申請書

年 月 日

鹿屋市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
対象者との関係（ ）

鹿屋市認知症高齢者等家族介護支援サービス事業の利用について、次のとおり申請します。

申請を希望する内容		<input type="checkbox"/> 位置検索システム端末機貸与 <input type="checkbox"/> 見守りシール交付		
対象者	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
	住所		電話番号	
家族対象者構成の	氏名	( 歳)	続柄 ( )	同居・別居
	氏名	( 歳)	続柄 ( )	同居・別居
	氏名	( 歳)	続柄 ( )	同居・別居
申請理由				
個別調査票	裏面に記入してください。			
備考				
<p><b>【同意事項】</b>          鹿屋市認知症高齢者等家族介護支援サービス事業の利用申請に伴う、審査又は決定のため、申請者及び対象者の住民基本台帳を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (自署又は記名押印)</p>				

(裏面)  
個別調査票

○対象者の状況

本人の状況	徘徊の始まった時期		年 月頃から		徘徊の頻度				
	これまでの対応状況								
	既往症	病 名			発病年月日		年 月 日		
	治療状況	医療機関名			受診状況		月・週 回		
	医師の指示等								
	要介護認定 障害認定	有・無		要介護度 手帳の等級		級 ( )			
	ケアマネジャー	事業所名					担当者		
	サービス 利用状況	サービスの種類			利用曜日		利用施設名		
	体 格	身長	cm、	体重	kg	歩 行	自力可	一部介助	全介助
	言 語	正常	軽度	不自由		排 泄	自力可	一部介助	全介助
	視 力	正常	軽度	高度弱視		食 事	自力可	一部介助	全介助
	聴 力	正常	軽度	高度難聴		入 浴	自力可	一部介助	全介助
	おむつ	なし	夜のみ	昼夜		着脱衣	自力可	一部介助	全介助
身体的特徴	眼鏡：有・無 補聴器：有・無 姿勢 ( )								
精神障害及び 認知症状	心気症状 不安 幻覚 妄想 睡眠障害 その他 ( )								
住 宅 の 状 況	持家 公営住宅 アパート 借家 その他								
特 記 事 項									

※市記入欄

(障)自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
(認)自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
審査結果	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	確認	担当者				