

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 郷原 拓男 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		☐ 位置検索システム端末機貸与 ☐ 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 の 成 員	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				
【同意事項】 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。 申請者氏名 _____ (自署又は記名押印)				

(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	☐ 自立	☐ J1	☐ J2	☐ A1	☐ A2	☐ B1	☐ C1	☐ C2
(認)自立度	☐ 自立	☐ I	☐ IIa	☐ IIb	☐ IIIa	☐ IIIb	☐ IV	☐ M
審 査 結 果	☐ 該当	☐ 非該当	確認	担当者				