

総合事業（事業対象者）サービス申請書

受付日 令和 年 月 日（受付者 ）

水巻町訪問型サービスCを利用したいので下記のとおり申請します。

※添付資料：①基本チェックリスト ②興味・関心チェックシート

申請者	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			

対象者	被保険者番号											家族構成
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）										
	住所	遠賀郡										

本人の現況	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 入院中又は入所中（	
-------	-----------------------------	------------------------------------	--

認定情報	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支1	<input type="checkbox"/> 要支2
	<input type="checkbox"/> 要介1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	有効期限：	年 月 日	～ 年 月 日
		（前回の介護度）	

現病歴・既往歴と経過	年 月	病 名	医療機関（医師名）

下記の内容をご確認の上、ご署名ご捺印ください。

訪問型サービスCの利用の可否の決定及び実施に当たり、水巻町、主治医等関係医療機関、水巻町地域包括支援センター等及びプログラム実施担当者で必要な情報を相互に提供することについて同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

●対象者

事業対象者・要支援1・2認定のある方、もしくは下記①のうち、
下記②及び③に該当

※該当項目にチェック

① 厚生労働省が定める「基本チェックリスト」のうち下記のいずれかに該当する
（※栄養のみ、口腔のみの該当は対象外）

- 生活機能 10項目以上/20項目
- 運動器 3項目以上/5項目
- 閉じこもり No.16に該当
- 物忘れ 1項目以上/3項目
- こころ 2項目以上/5項目

はい ↓

いいえ ↘

訪問型サービスCの対象外

② 以下の口の項目のすべてに当てはまる

- 訪問リハビリテーションの利用がない
- 通所系サービス（現行、緩和、通所リハ）の利用がない ※通所Cとの併用は可
- 過去、訪問型サービスCの利用終了後、1年以上経過している

はい ↓

いいえ ↘

訪問型サービスCの対象外

③ 生活機能向上等に向けて意欲があり、以下の口の項目のいずれかを希望している場合に、**訪問型サービスCの対象者と判断する**

- 生活機能に関する相談指導
- 自宅で行う自主訓練の提案、指導、助言等
- 生活動作（段差昇降、入浴動作、排泄動作等）の改善・工夫に関する指導、助言
- 住宅環境相談（手すりの設置、段差の解消等）
- その他この事業の目的達成に必要な相談指導

記入はここまで

【地域包括支援センター記入欄】

※該当項目に○

総合判定結果	1. 訪問型サービスC（事業対象者・要支援1・要支援2）
年 月 日	2. 非該当
	3. 一般介護予防事業の紹介