通所Ｃ

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　　）

水巻町通所型サービス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独自チェックリスト

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		□　在宅　□入院中又は入所中（　）										
認定情報		□ 非該当　□ 要支１　□ 要支２ □ 要介１・２・３・４・５ 有効期限：　年　月　日～　年　月　日 （前回の介護度　）										

	年　月	病　名	医療機関（医師名）
現病歴・既往歴と経過			

下記の内容をご確認の上、ご署名ご捺印ください。

通所型サービス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

通所Ｃ（裏）

●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 以下のそれぞれの身体領域の質問項目のいずれかに該当する
※要支援認定者は、「独自チェックリスト」にて判断すること
※事業対象者は、申請後調査時に「独自チェックリスト」にて把握済み

身体領域	質問事項	チェック欄
運動機能	基本チェックリスト６～１０の4項目以上該当	
	車、バイク、自転車、電動カート、電動車いすなどを自ら操作し外出できない	
閉じこもり	基本チェックリスト１６・１７該当（※16の外出に通所介護は含めない）	
	一日中ほとんど一人で過ごし、人と話すことがない	
物忘れ	基本チェックリスト１８～２０の２項目以上該当	

はい ↓

いいえ → 通所型サービスＣの対象外

② 運動機能向上等に向けて意欲があり、以下の□の項目のすべてに当てはまる場合に、通所型サービスＣの対象者と判断する

□ 訪問リハビリテーションの利用がない　※訪問Ｃとの併用は可
□ 通所系サービス（現行、緩和、通所リハ）の利用がない
□ 退院直後で通院によるリハビリ提供がない人
□ 骨折、麻痺などにより筋力低下、関節可動域の制限により身体状況が悪化している人
□ かかりつけ医による運動禁止の指示がない人
□ 過去、通所型サービスＣの利用終了後、１年以上経過している

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 年　月　日	１．通所型サービスＣ　（事業対象者・要支援１・要支援２） ２．非該当 ３．一般介護予防事業の紹介