

様式第1号（第5条関係）

自立支援サービス事業利用申請書

年 月 日

（あて先）富山市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

下記のとおり、自立支援サービス事業の利用を申請します。

利用 者	ふりがな			生年月日	年 月 日（ 歳）	
	氏名				男・女	
	住所	〒		校区	電話	
同居世帯状況	氏 名	続柄	職 業		電話（勤務先）	
緊急時連絡先	氏名		続柄		電話（自宅）	
	住所				電話（職場）	
既往症及び現在の状況						
身体障害者手帳	障害名（ ）		種 級	療育手帳		A B
申請の理由						
介護の状況						
希望するサービスに○を記入してください。	（新規・利用中） ☐ 自立支援介護予防訪問介護 （利用希望先）		日中に日常生活上の家事等に関するサービスを行い、自立生活の支援をいたします。（1週間当たり2回まで、1回約1時間） ☐ 調理 ☐ 衣類の洗濯、補修 ☐ 住居等の掃除、整理整頓 ☐ 生活必需品の買物 ☐ 関係機関等との連絡 ☐ その他必要なサービス（ ）			
	（新規・更新） ☐ 自立支援介護予防通所介護 ☐ 自立支援介護予防通所リハビリテーション （利用希望先）		日常生活上の支援のため、特別養護老人ホーム等において機能訓練や入浴・食事を提供し、さまざまな生活行為の中で利用者の能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が生かされるよう、身体的・精神的な支援をいたします。（1週間当たり1回）			
	（新規・更新） ☐ 自立支援ショートステイ （利用希望先）		体調不良や生活困難な状況から回避するため、一時的に養護老人ホームに宿泊し、生活習慣等の指導を行うとともに体調の回復、調整をいたします。 利用年月日 年 月 日から 年 月 日まで（7日間以内）			
	（新規・更新） ☐ 介護予防プラン作成		要介護状態にならないよう介護予防プランを作成します。			

※自立支援介護予防通所介護・自立支援介護予防通所リハビリテーション又は自立支援ショートステイを希望される方は、別紙：健康診断書を添付してください。

自立支援サービス事業認定調査票

年 月 日

区 分		1	2	3
心 身 の 状 況		要介護認定調査票のチェック項目が3か所以下である等の非該当の状態にある者		
① 年 齢		☐ 65歳未満	☐ 前期高齢（65歳以上）	☐ 後期高齢（75歳以上）
② 健 康 状 態		☐ 健常	☐ 症状の訴え	☐ 疾病有り（病名 ）
③機能訓練の必要性		☐ なし	☐ やや有り	☐ 有り
家事 の 状 況	④ 掃 除	☐ 自分でやっている	☐ 家族等がやっている（ヘルパーは除く）	☐ ほとんど自分でできない
	⑤ 洗 濯	☐ 自分でやっている	☐ 家族等がやっている（ヘルパーは除く）	☐ ほとんど自分でできない
	⑥ 調 理	☐ 自分でやっている	☐ 家族等がやっている（ヘルパーは除く）	☐ ほとんど自分でできない
	⑦ 買 物	☐ 自分でやっている	☐ 家族等がやっている（ヘルパーは除く）	☐ ほとんど自分でできない
	⑧ 金銭管理	☐ 自分でやっている	☐ 家族等がやっている（ヘルパーは除く）	☐ ほとんど自分でできない
社会的 活 動	⑨ 家や住んでいる建物の外へ出る頻度	☐ 週に5日以上	☐ 週に3日～4日	☐ 週に2日以下
	⑩ 近隣・友達との関わり	☐ 週に5日以上	☐ 週に3日～4日	☐ 週に2日以下
	⑪ 日中一人でいる時間	☐ ほとんどない	☐ 2～3時間以内	☐ 4時間以上
⑫ 家 族 状 況		☐ 子供等同居	☐ 昼間高齢単身	☐ 高齢単身・高齢夫婦
⑬ 公的サービス以外の介護協力者		☐ あり	☐ 協力者となりえる人がいても協力を得ていない（子供や親類）	☐ なし
⑭ 交通の便等の住環境及び屋内の生活環境		☐ 普通	☐ やや悪い	☐ 悪い
希望のサービス内容		☐ 自立支援介護予防訪問介護		☐ 自立支援ショートステイ
		☐ 自立支援介護予防通所介護・自立支援介護予防通所リハビリテーション		
特 記 事 項				
調査員 氏名 _____				