第1号様式（第3条関係）　　年　　月　　日

新宿区長　宛て

新宿区一人暮し認知症高齢者への生活支援サービス　申請書

この申請書の写しを訪問介護事業所に提供すること及びこの申請に基づく資格認定等のために情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の情報連携を利用することに同意の上、下記のとおり、新宿区一人暮し認知症高齢者への生活支援サービスの利用を申請します。

□【本　人】

通知送付先に✔					
フリガナ		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日生 昭和		歳
氏　　名					
住　　所	〒 新宿区		電話番号		
ケアマネジャー	氏　　名		電話番号		
	事業所名				

【本事業で利用を希望する訪問介護事業所】 ※本事業の受託事業所一覧から選択

訪問介護事業所	

□【申請者】 本人が申請した場合は、記入不要です。

通知送付先に✔			
フリガナ		本　　人 との関係	
氏　　名			
住　　所	〒	電話番号	

□【その他の連絡先】

通知送付先に✔			
フリガナ		本　　人 との関係	
氏　　名			
住　　所	〒	電話番号	

※通知送付先に☑がない場合は申請者に送付します。

区　処　理　欄

受給要件	□在宅で一人暮し　□認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上 □区内介護者なし　□その他（　　）	受付者

受給者負担の有無	□あり　□なし	「あり」の場合	□1割負担（1時間あたり300円） □2割負担（1時間あたり600円） □3割負担（1時間あたり900円）	「なし」の場合	□非課税 □生活保護
住民番号					
決定番号					

課　長	係　長	係　員

アセスメント実施日：　　年　　月　　日

新宿区一人暮し認知症高齢者への生活支援サービス　アセスメント票

記入者	□ ケアマネジャー（事業所名 ：　　記入者名：　　）
	□（　　）高齢者総合相談センター　　記入者名：　　）
聞き取り対象者	□本人　□その他（　　）

【本人の状況】

1 要介護認定

要介護度		認知症自立度	認定調査結果		主治医意見書	
		障害自立度	認定調査結果		主治医意見書	

2 認知症

診断	有 ・ 無
病名	アルツハイマー病 ・ 脳血管性疾患 ・ その他（混合型・レビー小体・前頭側頭型・老人性認知症）
中核症状	記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 判断力障害 ・ その他（　　）
周辺症状	不安 ・ 焦燥 ・ うつ状態 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 興奮 ・ 暴言、暴行 ・ せん妄 ・ 介護に抵抗 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（　　）

3 その他の病気

4 ADL・IADL

ADL	自立	一部介助	全介助	具体的状況
歩行（移動）				
排泄				
食事				

IADL	自立	一部介助	全介助	具体的状況
調理				
掃除				
買物				
金銭管理				
薬剤管理				

5 生活歴

6 困っていること

7 希望する支援内容

□ 調理　□ 洗濯　□ 掃除　□ 買い物　□ 見守り、話し相手
□ 通院介助　□ 散歩の付添　□ 食事介助　□ 排泄介助　□ その他（具体的に：　　）