

新宿区長 宛て

### 在宅要介護者等緊急一時支援事業利用申込書

サービス利用時に、この申請書の写しを訪問介護事業所等に提供することに同意した上で、下記のとおり、在宅要介護者等緊急一時支援事業の利用を申請します。

利用者本人氏名:

\_\_\_\_\_

【本人】

↑ 通知 送付 先に ✓	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	
	氏 名					歳
	住 所	〒 新宿区		電話番号		
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 介護者と同居 <input type="checkbox"/> 介護者以外の家族と同居 <input type="checkbox"/> その他( )				

【申請者】

↑ 通知 送付 先に ✓	フリガナ		本人 との関係	
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号	

【その他の通知送付先】 ※通知送付先を上記以外に指定したい場合のみ記入

↑ 通知 送付 先に ✓	フリガナ		本人 との関係	
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号	

【希望する支援】

希望する支援期間	年 月 日( )~	年 月 日( )
希望時間 ※1時間単位	早朝(6時~8時)	時 分から 時 分まで ( )時間
	日中(8時~18時)	時 分から 時 分まで ( )時間
	夜間(18時~22時)	時 分から 時 分まで ( )時間
	深夜(22時~6時)	時 分から 時 分まで ( )時間

【本事業で利用を希望する訪問介護事業所・居宅介護事業所等】

事業所名	
------	--

(裏面も記入)

区 処 理 欄

受給要件	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 家族介護者が陽性の濃厚接触者(追加サービスが必要) <input type="checkbox"/> 家族介護者以外が陽性の濃厚接触者(追加サービスが必要) <input type="checkbox"/> 受給者が陽性	受付者

番 号	
-----	--

課 長	係 長	係 員

## 在宅要介護者等緊急一時支援事業 利用者本人の状況

記入者	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー（事業所名： _____ 記入者名： _____）
	<input type="checkbox"/> （ _____ ）高齢者総合相談センター 記入者名： _____
	<input type="checkbox"/> 区職員（部署名： _____ 記入者名： _____）
	<input type="checkbox"/> 計画相談支援事業所（事業所名： _____ 記入者名： _____）
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

### 【利用者本人の状況】

#### 1-1 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	

#### 1-2 障害支援区分認定等

障害支援区分		障害者手帳等級	
		疾病名	

#### 2 その他の病気

--

#### 3 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				

#### 4 備考

--

※サービス計画表（第2号様式）を添付してください。