

様式第1号（第9関係）

年 月 日

長 様

介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての認定を受けたいので、一関地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱第9第1項の規定により、次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号											
	フリガナ											生年 月日	年 月 日生										
	氏名											性別	男 ・ 女										
	住所	郵便番号（ — ）																					
	現在の 認定等 <small>（該当者のみ）</small>	状態区分 要支援1・要支援2・その他（ ） 有効期間 年 月 日から 年 月 日																					
申 請 者	フリガナ											本人と の関係			電話 番号								
	氏名																						
提 出 代 行 者	名称	電話番号																					
	住所	郵便番号（ — ）																					
<p>介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係るケアプランの作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、基本チェックリストの記載内容及び利用者負担割合について、高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）等の関係機関へ情報提供することに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 本人氏名_____</p>																							

〈事務処理欄〉

添付文書 基本チェックリスト

				申請受付日	被保険者証発送日	
受付場所(氏名)		被保険者証回収				
		回収	紛失			未回収
備考						

基本チェックリスト

提出日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

回答者： _____ 本人との関係 (本人 / 家族 等)

フリガナ		被保険者番号												
氏名	(男 ・ 女)	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)											
住所	一関市	電話番号	()											

No.	質問項目		回答				一次判定
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	0	はい	1	いいえ	① No.1~20 のうち 10個以上該 当
	2	日用品の買い物をしていますか	0	はい	1	いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0	はい	1	いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	0	はい	1	いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0	はい	1	いいえ	
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	はい	1	いいえ	② 5項目中 3個以上該 当
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0	はい	1	いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	0	はい	1	いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	1	はい	0	いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1	はい	0	いいえ	
栄養	11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1	はい	0	いいえ	③ 2項目中 2個すべてに該 当
	12	体重 () kg ÷ 身長 () m ÷ 身長 () m が 18.5未満ですか	1	はい	0	いいえ	
歯・口	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1	はい	0	いいえ	④ 3項目中 2個以上該 当
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	はい	0	いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか	1	はい	0	いいえ	
外出	16	週1回以上は外出していますか	0	はい	1	いいえ	⑤ No.16に該 当
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	はい	0	いいえ	
もの忘れ	18	周囲から「いつも同じ事を聞く」など、物忘れを指摘されますか	1	はい	0	いいえ	⑥ 3項目中 1個以上該 当
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0	はい	1	いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	はい	0	いいえ	
ここ こ ろ	21	毎日の生活に充実感がない	1	はい	0	いいえ	⑦ 5項目中 2個以上該 当
	22	これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	はい	0	いいえ	
	23	以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1	はい	0	いいえ	
	24	自分が役に立つ人間だと思えない	1	はい	0	いいえ	
	25	わけもなく疲れたような感じがする	1	はい	0	いいえ	

----- 市・町 記入欄 -----

確認欄	判定結果	該当項目 (該当項目に○印)							所属長	係 員	受付者
	該当 ・ 非該当	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			