

様式第1号(第5条関係)

# 介護予防・地域支え合い事業利用申請書

年 月 日

吉野川市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
ふりがな  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 利用者との続柄 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_

吉野川市介護予防・地域支え合い事業を受けたいので、次のとおり申請いたします。  
 また、介護予防・地域支え合い事業に係る調査内容、基本情報、アセスメントシート等を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

対象者	氏名		性別	生年月日	連絡先(電話番号)	
			男・女	. . ( 歳)		
	自治会	住所			世帯主	
	世帯区分		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 前期高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 後期高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯			
緊急連絡先		住所 <small>ふりがな</small>	☎ ( )			
		氏名	(続柄)			

家族状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	職業	備考
			本人				

希望するサービスを○で囲んで下さい。

- 「食」の自立支援事業
- 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業

申請理由

-----

-----

-----

-----

-----

介護保険適用 有 (事業対象者 ・ 要支援 1・ 2 ・ 要介護 1・ 2・ 3・ 4・ 5) ・ 無  
 利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日



「食」の自立支援事業 アセスメント票

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 調査年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現在利用中の食関連サービス	
配食（公）	（ 1・2 ）回／週 （ 昼・夕 ）食
他の食関連サービス〔	〕（ ）回／週・月 （ ）食／日
〔	〕（ ）回／週・月 （ ）食／日
〔	〕（ ）回／週・月 （ ）食／日
〔	〕（ ）回／週・月 （ ）食／日
〔	〕（ ）回／週・月 （ ）食／日
家族構成	1 一人暮らし 2 高齢者のみ 3 その他
孤立状況	1 問題なし 2 問題あり（ ）
要介護認定申請	有（要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5） 申請中・無
現在の疾患	1 なし 2 あり（疾患名： ）
四肢機能	1 問題なし 2 問題あり（ ）
視力	1 問題なし 2 問題あり（ ）
聴力	1 問題なし 2 問題あり（ ）
抑うつ状態	1 なし 2 あり（具体的に： ）
閉じこもり状態	1 なし 2 あり（具体的に： ）
不安傾向	1 なし 2 あり（具体的に： ）
依存傾向	1 なし 2 あり（具体的に： ）
認知症	1 なし 2 あり（具体的に： ）
知的障害	1 なし 2 あり（具体的に： ）
買い物	1 支障なし 2 支障はないが困難 3 支障あり
交通手段	歩行・自転車・自家用車・JR・バス・タクシー・その他（ ）
食事制限	1 なし 2 あり（内容等： ）
食事支援	1 支援なし 2 支援あり（具体的に： ）
調理設備・環境	1 十分 2 不十分（具体的に： ）
調理	1 支障なし 2 支障はないが困難 3 支障あり
後片付け	1 支障なし 2 支障はないが困難 3 支障あり
他の配食サービス	1 なし 2 あり（__回／週、__食／日 提供機関： ）
調理済み食品利用	1 できる 2 一部利用 3 ほとんどすべて利用

<p>現在までの状況</p>	
<p>利用者の希望及び 調査者意見等</p>	
<p>※ 今後の目標</p>	

週間プラン

①配食（公） ②配食（他） ③ヘルパー ④デイサービス ⑤その他（内容） ⑥自分で調理 ×食べない

	日	月	火	水	木	金	土
朝							
昼							
夕							

## 介護予防・地域支え合い事業実施事業所一覧

### 【「食」の自立支援事業】

事業所名	氏名	印
デイセンター アルル 鴨島町内原46-3 ☎ 24-3888		
健祥会デイサービスセンター 川島町桑村368番地1 ☎ 25-2556		
(福)博友会 山川町祇園51 ☎ 42-7111		