様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

　　（宛先）高松市長

高松市高齢者特別あんしん見守り事業利用（更新）申請書

次のとおり、高松市高齢者特別あんしん見守り事業の利用を申請します。なお、この申請において提供した情報に関して、訪問員、担当ケアマネジャー、民生委員児童委員に提供されることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 申請者氏名 | 　　　　　　　㊞ |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 現　況 | □　介護保険法第１９条第１項の規定による要介護認定を受けているものの、適当なサービスを利用していない□　認知症等、精神上の理由により、自力での在宅生活に支障を来すおそれがある□　セルフネグレクト等の理由により、身体の安全確保が困難となるおそれがある□　近隣とのかかわりが希薄で、ひきこもりがちである□　その他特別な理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯状況　 | □一人暮らし　　□高齢者のみ世帯　　□その他 |
| 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 備　　考 |
|  |  |  |  |
| 近親者の状況 | 氏　名 | 続柄 | 住所 | 連絡先 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 支援者の状況 | 氏　名 | 申請者との関係 | 住所・連絡先 |
|  |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | 申請者との関係 | 住所・連絡先 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問希望日時 |  | 希望する曜日（いずれかに○） | 時間帯 | 備考 |
| 第１希望 | 月・火・水・木・金 | 　　時頃 |  |
| 第２希望 | 月・火・水・木・金 | 　　時頃 |  |
| 第３希望 | 月・火・水・木・金 | 　　時頃 |  |
| 健康状態（かっこ内は、度合い等を記入） | □寝たきりである（　 　）□障がい（　 　　　　　）　□病弱である（　 　 ）□認知症（　 　　　　　）□要支援・要介護（　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけ医 | 病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　） |
| 福祉サービス等利用の有無 | □介護保険（通所介護・訪問介護等）□在宅福祉サービス（緊急通報装置・福祉電話等） □インフォーマルサービス（配食・通院送迎等）□居場所・ふれあいサロン等への参加□その他（　　　　　　　　　） |
| 定期的な訪問者 | □子ども　　　　　　　□民生委員□親戚、友人、知人　　□ケアマネジャー□隣近所の人　　　　　□ホームヘルパー□新聞等配達員　　 　□保健師□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 認知症セルフチェック□今日の日付が思い出せない　　□通い慣れた道なのに迷うことがある□使い慣れた道具の使い方が分からない　　□簡単な計算に手間取ったり、間違えたりする□親しい人との付き合いが減り、外出しなくなる　□置き忘れやしまい忘れが目立つ□料理や洗濯などができない□知っているはずの名前や言葉がうまく出てこない□鍋を焦がしたり、ガスの火を消し忘れる　　□イライラするなど情緒が不安定□前に買ったことを忘れ、同じ物をたびたび買う　□同じことを何度も話す□お風呂に入るのを嫌がり、身だしなみがだらしなくなる□待ち合わせの時間や場所をよく間違える　□趣味や楽しみに対する関心がなくなる |
| その他、身体・健康状況等の特記事項 |
| 意見書申請者は、本事業を利用する状況にあると認めます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日□担当ケアマネジャー　　　　　　□市職員□老人介護支援センター職員　　　所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |