

倉敷市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

年 月 日

倉敷市長 あて

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、次のとおり申請します。
 なお、介護予防・日常生活支援総合事業の利用にかかる計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を倉敷市から高提示することに同意します。

マイナンバーの記入。(扱いは介護認定申請と同様)

申請者 (被保険者)	被保険者番号	0001234567		個人番号	
	フリガナ	クラシキ ハナコ		男 ● 女	生年月日
	氏名	倉敷 花子			
	住所	〒710-8565 倉敷市西中新田 640 電話番号 086-426-3411			
	前回の認定等 (該当者のみ)	状態区分 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護() 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	希望するサービス	訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ 短期集中予防サー			

申請時、介護認定をお持ちであれば、記入をお願いします。

これ以外のサービスを希望されている場合は、認定申請をお願いします。

ご本人の場合は記載不要

窓口に来た人	フリガナ		本人との関係	電話番号
	氏名 または 名称			
	住所 または 所在地	〒		

ご本人さんが来所の場合は記入不要。
 窓口に、こられた方が家族等の場合には、記入をお願いします。
 高齢者支援センター等が窓口に持参された場合は、センター名・名前等をご記入ください。(居宅介護支援事業所が持参するのも可能)

基本チェックリスト

記入に迷われる場合は、
基本チェックリストの考え
方を参考にしてください。

実施年月日 年 月 日

NO	質問項目	回答		判定	
		0.はい	1.いいえ	判定	備考
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		
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		
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)	()/5 3/5以上
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		
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	20	()/2 2/2
12	身長 cm 体重 Kg (BMI=) (注)				
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	10/20 以上	()/3 2/3以上
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		
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ		()/2 No.16 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		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ		
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		()/3 1/3以上
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ		()/5 2/5以上
22	(ここ2週間) 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	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおぼつかない		0.いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		0.いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		0.いいえ		
(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満				該当・非該当	

基本チェックリスト実施時に、立
ち会われた方の記名をお願いします。
窓口実施の場合は、担当のとこ
ろへ課名を記入ください。

基本チェックリスト対応 () 高齢者支援センター
担当 ()