別記様式（第３条関係）

高齢者福祉総合申請書

さいたま市長　宛

　申請内容の審査及び利用決定を受けた場合の事業利用の継続可否の審査のため、さいたま市が必要な調査を行うことに同意のうえ、以下のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者（本人） | ふりがな |  | 電話番号 | （自宅） |
| 氏　名 |  |
| （携帯） |
| 生年月日 |  | Email |  |
| 住　所 | さいたま市　　　区 |
| 現在地 | [ ] 住所と同じ |
| 通知等送付先 | [ ] 住所と同じ　　[ ] 現在地と同じ[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　（代理人による申請の場合は以下も記入してください）

　　申請内容の審査及び利用決定を受けた場合の事業利用の継続可否の審査のため、さいたま市が必要な調査を行うことについて、本人の同意を得たので又は法定代理人として同意したうえで申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 手続き代理人 | ふりがな |  | 電話番号 | （自宅） |
| 氏　名 |  |
| （携帯） |
| 本人との関係 |  | Email |  |
| 住　所（所在地） |  |

裏面につづく

　さいたま市が利用要件への該当状況を調査することに同意して、利用申請する事業、該当する利用要件、事業の利用が必要な理由、希望する給付内容等の□にチェック（☑）をしてください。

　特記がない限り、全ての利用要件に該当しなければ、各事業の利用対象者になりません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | 重度要介護高齢者紙おむつ等支給 | 利用要件 | ・市内に居住しており、６５歳以上である・さいたま市の介護保険の被保険者である・要介護３で介護認定調査において排尿や排便に介助や見守りが必要である又は要介護４以上である・介護保険料段階が第１～５段階に該当する・介護保険料を滞納していない・介護保険施設（※）に入所しておらず、３カ月以上入院していない・生活保護又は中国残留邦人の支援給付を受けていない |
| 常時紙おむつが必要な理由 | 以下のいずれか１つに☑をしてください[ ] 身体的な理由により常時失禁のため[ ] 認知症等の理由により常時失禁のため[ ] その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ]  | 重度要介護高齢者訪問理・美容 | 利用要件 | ・市内に居住しており、６５歳以上である・さいたま市の介護保険の被保険者である・要介護３以上で、要介護認定における障害高齢者の日常生活自立度がB1～C2又は認知症日常生活自立度がⅡa～Mである・介護保険料を滞納していない・介護保険施設（※）や病院に入所・入院していない |
| [ ]  | 重度要介護高齢者寝具乾燥 | 利用要件 | ・市内に居住しており、６５歳以上である・さいたま市の介護保険の被保険者である・ひとり暮らし又は６５歳以上のみの世帯である・寝たきりの状態にあって要介護３以上である・介護保険料を滞納していない・介護保険施設（※）や病院に入所・入院していない |
| [ ]  | 日常生活用具給付 | 利用要件 | ・市内に居住し、本市の住民基本台帳に記録されており、６５歳以上のひとり暮らしである・日常生活を営むのに支障がある・次のいずれかに該当する　[ ] 生活保護　　[ ] 中国残留邦人支援給付　　[ ] 市県民税非課税 |
| 希望する用具 | [ ] 電磁調理器及び鍋　　[ ]  電磁調理器　　[ ] シルバーカー |
| [ ]  | あんしんコールセンター（緊急通報機器設置） | 利用要件 | ・市内に居住し、本市の住民基本台帳に記録されており、６５歳以上のひとり暮らしである・慢性疾患又は重度障害がある |
| ＊別紙にも記入してください |
| [ ]  | ひとり暮らし高齢者安否確認 | 利用要件 | ・市内に居住し、本市の住民基本台帳に記録されており、６５歳以上のひとり暮らしである |
| 利用希望 | 曜日（[ ] 月 [ ] 火 [ ] 水 [ ] 木 [ ] 金） 　時間（　　　時　　　分頃） |
| 連絡先（[ ] 固定電話　[ ] 携帯電話）　連絡先となる電話を持っておらず、次のいずれかに該当するときは、市から福祉電話を貸与します。該当するものに☑をしてください。[ ] 生活保護　　[ ] 中国残留邦人支援給付　　[ ] 市県民税非課税 |
| 緊急連絡先 | 氏名：　　　　　電話番号：　　　　　本人との続柄：住所： |

※上記の利用要件中に「介護保険施設」とあるのは、以下の施設を指します。

・特別養護老人ホーム　・介護老人保健施設　・介護医療院

別紙

緊急通報機器設置申請連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 慢性疾患又は重度障害の内容 |  |
| かかりつけ医 | 病院名 |
| 病名（既往歴） |
| 救急車での搬送歴 |  |
| 直近１年以内の入院歴 |  |
| 日常生活を送る上で不安・心配なこと |  |
| 介護保険サービス利用状況 |  |
| 緊急連絡先・協力員１ | 氏名　　　　　　　　　　　　続柄住所電話番号 |
| 緊急連絡先・協力員２ | 氏名　　　　　　　　　　　　続柄住所電話番号 |
| 自宅の合鍵の所在 | [ ] 合鍵預託者あり　氏名　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　電話番号[ ] キーボックス使用[ ] その他[ ] 情報提供はしない |
| 月２回の安否確認 | [ ] 必要　　　　　　　　[ ] 不要 |
| 固定電話回線の有無 | [ ] 有→[ ] ＮＴＴアナログ回線　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　）※ＮＴＴアナログ回線以外では、利用できない場合があります。[ ] 無→次のいずれかに該当するときは、市から福祉電話を貸与します。該当するものに☑をしてください。　　　[ ] 生活保護　[ ] 中国残留邦人支援給付　[ ] 市県民税非課税 |
| 備考 |  |

※ＮＴＴアナログ回線以外の電話回線では、利用できない場合があります。

※緊急通報機器は、利用終了時に御返却いただきます。

※緊急通報機器を破損、紛失等した場合や利用終了時に御返却いただけない場合は、弁償していただきます。