

国見町告示第 37 号

国見町家族介護用品支給要綱の一部を改正する告示を次のとおり定める。

令和 8 年 4 月 1 日

国見町長 村 上 利 通

国見町家族介護用品支給要綱の一部を改正する告示

国見町家族介護用品支給要綱（平成13年国見町告示第 6 号）の一部を次のように改正する。

別表 3 の項中「4」を「3」に改め、同表 6 の項を削る。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式（第5条関係）

高齢者保健福祉事業利用(変更)申請書

[別紙参照]

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

(様式第1号) 高齢者保健福祉事業利用(変更)申請書

年 月 日

国見町長 様

申請者	ふりがな 氏名	利用者との関係	
	住所	〒 電話番号 ( )	

次により、高齢者保健福祉事業を利用したいので申請します。なお、利用料または、支給要件の決定のために必要があるときは、私および私の家族の課税状況について調査することに同意します。

1. 利用者の状況

被保険者証番号									要介護度 (認定済の場合)			
ふりがな 氏名								生年月日	明・大・昭	年	月	日
								性別	男・女	年齢		
住所	国見町大字 字 (電話 )											
世帯の状況	一人暮らし・高齢者世帯・その他							生活保護の受給	有・無			
健康状態	良好・ふつう・虚弱・寝たきり・認知症							寝たきり又は認知症になった時期		年 月 頃		
疾病	有・無 (主な病気 通院・往診)							かかりつけ 医療機関名				
療育手帳	有・無	有の場合 福島県 第 号 年 月 日 交付 A・B										
身体障害者手帳	有・無	有の場合 福島県 第 号 年 月 日 交付										
							種 級 (障害名 )					

2. 利用を希望するサービス番号に○印をつけてください。

※1, 2, 3については介護保険の認定にて非該当の方が対象となります。

1. 生活支援ショートステイ (町の専用診断書が必要です。)	◆期間 年 月 日～ 年 月 日 (計 日間) ◆施設名 ( ) ◆利用目的 ( )
2. 生きがい活動支援通所 (デイサービス)	◆利用施設 国見町デイサービスセンター (観月台文化センター内) ※月に概ね2～3回の利用となります。
3. 外出支援サービス	※上記、生きがい活動支援通所事業の送迎となります。
4. 在宅高齢者等除雪支援	
5. 家族介護用品(紙おむつ)の支給	<input type="checkbox"/> A テープM+尿取パット <input type="checkbox"/> B テープL+尿取パット <input type="checkbox"/> C 尿取パット <input type="checkbox"/> D パンツM+尿取パット <input type="checkbox"/> E パンツL+尿取パット ※要介護4または5で在宅の方が対象となります。
6. 老人日常生活用具の給付	◆品目 ( 電磁調理器、 火災警報器、 自動消火器、)
7. 緊急通報装置の設置	
8. 配食サービス	
9. その他のサービス	( )
※すでに利用しているサービスがありましたら、その番号を記入してください。 ( )	

### 3 緊急時の連絡先

ふりがな	_____	電話	自宅 _____	利用者との続柄	_____
氏名	_____		職場 (名称 _____)		_____
住所	_____				

○家族の状況（主たる介護者に○をつけてください）

世帯構成	氏名	続柄	生年月日	主たる介護者	勤務先	連絡先電話番号	

○心身の状況（あてはまる事項を○で囲んでください）

視力	正常	少し悪い	ほとんど見えない	全く見えない
聴力	正常	少し遠い	ほとんど聞こえない	全く聞こえない
言葉	正常	少し話せる	単語は出る	全く話せない
食事	自立	こぼすが自分でできる	介助が必要	全くできない
歩行	自立	杖使用	介助が必要	車いす使用
排泄	自立	介助が必要	おむつ使用	尿管使用
入浴	自立	見守が必要	介助が必要	全くできない
着替え	自立	時間はかかるが自分でできる	一部介助	全くできない
認知症状 及び 問題行動	有り・無し（有りの場合記入してください）			
	物忘れが目立つ	最近の事がわからない	直前の事も忘れる	
	環境が変わるとどこかわからない	時々部屋を間違える	自分の部屋がわからない	
	攻撃的なことを言う	乱暴なふるまいをする	他人に暴力をふるう	
	たまに室内をうろろする	時々室内を歩きまわる	屋外を歩きまわる	
	たまに騒ぐことがある	夜間しばしば騒ぐ	いつも興奮している	
	ときどき失禁する	常に失禁する		

その他介護上の注意点

※担当民生委員の意見

民生委員氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_