

## 軽度生活援助申請書

年 月 日

大和郡山市長  
上 田 清 様

申請者 住所 大和郡山市  
氏名  
(電話)

軽度生活援助事業を利用したいので、次のとおり申請します。

個人番号	<del>XXXXXXXXXX</del>
------	-----------------------

利 用 者	住 所	大和郡山市	性別	男・女
	氏 名		年 月 日生 ( 歳)	

派遣を希望する理由				
-----------	--	--	--	--

希 望 するサービスの内 容	派遣回数	1 週当たり 回		
	派遣時間	1 回当たり 時間		
	サービス内容	①外出時の援助・通院付添      ②調理      ③食材の買い物 ④寝具類等大物の洗濯      ⑤家周りの手入れ(草引き)      ⑥家屋内の整理・清掃 ⑦その他必要な家事( )		

1. 定期に利用		2. 不定期に利用		
1. 定 期	派 遣 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
2. 不 定 期	【 希 望 日 (予定日) 】			
	1 回目	月 日 ( 時間)	3 回目	月 日 ( 時間)
	2 回目	月 日 ( 時間)	4 回目	月 日 ( 時間)

世 帯 状 況	1. 独居      2. 高齢夫婦      3. 高齢者世帯      4. その他 ( )			
---------	--	--	--	--

介 護 認 定	自立相当(未申請) ・ 要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5)			
---------	---------------------------------------	--	--	--

緊急連絡先	氏名	(続柄: )	電話	
-------	----	--------	----	--

注 意 事 項	1. このサービスは、一人暮らしや高齢夫婦等の人が在宅での自立生活を少しでも長く続けられるよう、日常生活を支援するものです。 2. サービスの内容・回数には、制限もありますのでご相談ください。 3. 不定期の場合は、1回申請して利用者登録をすると、年度内は市役所に連絡するだけでサービスを受けられます。希望日の2週間前までに市役所に電話連絡ください。面接にお伺いして提供サービスを確認させていただきます。 希望日に対応できない場合は調整させていただきますので、ご了承下さい。			
---------	--	--	--	--

(裏)

心 身 の 状 況	障 害	部位程度				障害手帳 ( 有 ・ 無 )
	疾病の状況	既往症				
		受診状況 (有・無)	科 科 科	主治医	医師	
		現在症	1 2 3	発症年月日 ( 年 月 日 ) ( 年 月 日 ) ( 年 月 日 )		
		(体調等ご記入ください)				
	精神の状況	記 憶	1 普通	2 やや悪い	3 大変悪い	
		意志の疎通	1 普通	2 やや悪い	3 大変悪い	
	身体の状況	視力機能	1 普通	2 弱 視	3 喪 失	
		聴力機能	1 普通	2 やや難聴	3 難 聴	
		言語機能	1 普通	2 障害あり	3 喪 失	
	日常生活動作能力	起 居	1 自分でできる	2 介助によりできる	3 常時臥床	
		歩 行	1 自分でできる	2 器具又は介助によりできる	3 全くできない	
食 事		1 自分でできる	2 一部介助によりできる	3 全くできない		
洗 面		1 自分でできる	2 介助によりできる	3 全くできない		
排 便		1 自分で便所へ行ける	2 便器を使用	3 おむつ使用		
入 浴		1 自分でできる	2 介助によりできる	3 全くできない		
着 脱 衣		1 自分でできる	2 介助によりできる	3 全くできない		
外 出		1 自分でできる	2 器具又は介助によりできる	3 全くできない		
階段の昇降		1 自分でできる	2 介助によりできる	3 全くできない		
洗 た く		1 自分でできる	2 一部介助によりできる	3 全くできない		
掃 除		1 自分でできる	2 一部介助によりできる	3 全くできない		
(住所案内図)						