高齢者等福祉サービスチェックシート

|  |  |
| --- | --- |
| Ａ | 軽度生活援助事業　（黒太枠内すべてに○がつけば該当） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （1）「一人暮らし」または「高齢者世帯」である。 | はい | いいえ |  |
| （2）介護認定非該当である。 | はい | いいえ | 申請中 |

**※（2）で“申請中”と回答した方のみ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （3）認定審査会の結果非該当、総合事業で事業対象外 | はい | いいえ |  |
| となった。 |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｂ | 外出支援サービス事業　（黒太枠内すべてに○がつけば該当） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （1）現在、車いすを利用、または透析を受けている。 | はい | いいえ |  |

**※車いすを利用している方にお尋ねします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| はい | いいえ |  |

（2）利用予定について、週1回で自宅から片道30分の

　　町内または羽咋市・かほく市の医療機関である。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （3）利用予定区間は、自宅・介護施設間ではない。 | はい | いいえ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｃ | 緊急通報装置設置事業　（黒太枠内すべてに○がつけば該当） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （1）現在、「一人暮らし」である。 | はい | いいえ |  |
| （2）急変する可能性のある持病を持っている。 | はい | いいえ |  |
|  |  |  |  |

**※該当となった方のみ**

（2）以下についてご回答ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【疾病名】 | | |
| 【医療機関】 | | 【主治医】 |
| 【身体状況（自由記述）】 | | |
| 高齢者等福祉サービスチェックシート | | | | |
| Ｄ | | 障害者タクシー初乗り助成事業　（黒太枠内すべてに○がつけば該当） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （1）要介護4または5で、身障手帳1級所持者である。 | はい | いいえ |  |
| （2）難病のため町外（羽咋市は除く）の医療機関へ通院中である。 | はい | いいえ |  |

**※該当となった方のみ**

（4）以下についてご回答ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【疾病名】 | |
| 【医療機関】 | 【所在市町】 |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｅ | 食の自立支援事業　（黒太枠内すべてに○がつけば該当） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （1）「一人暮らし」または「高齢者世帯」である。 | はい | いいえ |  |
| （2）自分で買い物に行くことができない。 | はい | いいえ |  |
| **【理由】** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （3）家族内（自分も含む）で、調理（炊飯のみも含む） | はい | いいえ |  |
| をする人・してくれる人がいない。  **【理由】** |
|  | | |

**※該当となった方のみ**

（3）以下についてご回答ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【アレルギー】 | 【好き嫌い】 |
| 【食生活（自由記述）】 | |

高齢者等福祉サービスチェックシート

|  |  |
| --- | --- |
| Ｆ | 家族介護用品購入助成事業　（黒太枠内すべてに○がつけば該当） |

（1）以下についてご回答ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【トイレの回数】　1日　　　　　回程度 | 【おむつ交換の回数】1日　　　　　回程度 |
| 【介助を必要とするおむつ交換の回数】　1日　　　　　回程度 | |

（2）上記の回答結果より・・・

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ３つの行為すべての回数が同じである。 | はい | いいえ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （3）在宅での生活日数が15日以上である。 | はい | いいえ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （4）利用者の町民税が非課税である。 | はい | いいえ |  |

**※該当となった方のみ**

（5）生計中心者（下の図を参照）・主介護者を教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【生計中心者氏名】 | 【続柄】 |
| 【主介護者氏名】 | 【続柄】 |
|  |  |

**■生計中心者の決め方■**

**＜生計中心者となる方＞**

利用者本人さんは、同居のご家族に税制上扶養されていますか。

はい

税制上の扶養者

はい

はい

利用者本人さんは、同居のご家族や親族から経済的な助を受けていますか。

利用者本人さんは、ご自身で生計を維持していますか。

経済的援助を

している方

利用者本人

いいえ

いいえ