

# 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。
- (2) 介護認定非該当である。

※ (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となった。

はい	いいえ	
はい	いいえ	申請中
はい	いいえ	

## 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。

※車いすを利用している方にお尋ねします。

- (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	
はい	いいえ	
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。
- (2) 急変する可能性のある持病を持っている。

はい	いいえ	
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。  
 (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	
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	
はい	いいえ	

- (2) 自分で買い物に行くことができない。

【理由】

- (3) 家族内（自分も含む）で、調理（炊飯のみも含む）をする人・してくれる人がいない。

はい	いいえ	
----	-----	--

【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
【 <u>介助を必要とするおむつ交換の回数</u> 】 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。

(3) 在宅での生活日数が15日以上である。

(4) 利用者の町民税が非課税である。

はい	いいえ	
はい	いいえ	
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■

