

年 月 日

奥州市長 宛

介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定（更新）申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険制度の要介護認定又は要支援認定の申請をしている場合において、要介護又は要支援の認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとします。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒		電話番号

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ	-----									
	氏名				生年月日	年 月 日					
	住所	〒			性別	男 ・ 女					
	住所	電話番号									
前回認定等 (該当者のみ)	状態区分	要支援1・要支援2・事業対象者・その他 ()									
利用希望サービス	有効期間	年 月 日から		年 月 日まで							
利用希望サービス	訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ その他 ()										

提出 代 行 者	名称										
	住所	〒			電話番号						

被 保 険 者 同 意 欄	介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容及び利用者負担割合を奥州市から奥州市地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。										
	年 月 日 本人（被保険者）氏名										

裏面 基本チェックリスト

基本チェックリスト

No.	質問項目	回 答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 c m 体重 kg (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI＝体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

被 保 険 者 確 認 欄	<p>基本チェックリストの各質問項目に係る回答は、上記のとおりで間違いがないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人（被保険者）氏名 _____</p>
---------------------------------	--