

高齢者福祉総合申請書

さいたま市長 宛

申請内容の審査及び利用決定を受けた場合の事業利用の継続可否の審査のため、さいたま市が必要な調査を行うことに同意のうえ、以下のとおり申請します。

			年 月 日	
申請者 (本人)	ふりがな		電話番号	(自宅)
	氏名			(携帯)
	生年月日		Email	
	住所	さいたま市 区		
	現在地	<input type="checkbox"/> 住所と同じ		
	通知等 送付先	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 現在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		

(代理人による申請の場合は以下も記入してください)

申請内容の審査及び利用決定を受けた場合の事業利用の継続可否の審査のため、さいたま市が必要な調査を行うことについて、本人の同意を得たので又は法定代理人として同意したうえで申請します。

手続き 代理人	ふりがな		電話番号	(自宅)
	氏名			(携帯)
	本人との 関係		Email	
	住所 (所在地)			

さいたま市が利用要件への該当状況を調査することに同意して、利用申請する事業、該当する利用要件、事業の利用が必要な理由、希望する給付内容等の□にチェック（☑）をしてください。

特記がない限り、全ての利用要件に該当しなければ、各事業の利用対象者になりません。

<input type="checkbox"/> 重度要介護高齢者紙おむつ等支給	利用要件	<ul style="list-style-type: none"> ・市内に居住しており、65歳以上である ・さいたま市の介護保険の被保険者である ・要介護3で介護認定調査において排尿や排便に介助や見守りが必要である又は要介護4以上である ・介護保険料段階が第1～5段階に該当する ・介護保険料を滞納していない ・介護保険施設（※）に入所しておらず、3カ月以上入院していない ・生活保護又は中国残留邦人の支援給付を受けていない
	常時紙おむつが必要な理由	以下のいずれか1つに☑をしてください <input type="checkbox"/> 身体的な理由により常時失禁のため <input type="checkbox"/> 認知症等の理由により常時失禁のため <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
<input type="checkbox"/> 重度要介護高齢者訪問理・美容	利用要件	<ul style="list-style-type: none"> ・市内に居住しており、65歳以上である ・さいたま市の介護保険の被保険者である ・要介護3以上で、要介護認定における障害高齢者の日常生活自立度がB1～C2又は認知症日常生活自立度がⅡa～Mである ・介護保険料を滞納していない ・介護保険施設（※）や病院に入所・入院していない
<input type="checkbox"/> 重度要介護高齢者寝具乾燥	利用要件	<ul style="list-style-type: none"> ・市内に居住しており、65歳以上である ・さいたま市の介護保険の被保険者である ・ひとり暮らし又は65歳以上のみの世帯である ・寝たきりの状態にあつて要介護3以上である ・介護保険料を滞納していない ・介護保険施設（※）や病院に入所・入院していない
<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付	利用要件	<ul style="list-style-type: none"> ・市内に居住し、本市の住民基本台帳に記録されており、65歳以上のひとり暮らしである ・日常生活を営むのに支障がある ・次のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援給付 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税
	希望する用具	<input type="checkbox"/> 電磁調理器及び鍋 <input type="checkbox"/> 電磁調理器 <input type="checkbox"/> シルバーカー
<input type="checkbox"/> あんしんコールセンター（緊急通報機器設置）	利用要件	<ul style="list-style-type: none"> ・市内に居住し、本市の住民基本台帳に記録されており、65歳以上のひとり暮らしである ・慢性疾患又は重度障害がある
*別紙にも記入してください		
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者安否確認	利用要件	<ul style="list-style-type: none"> ・市内に居住し、本市の住民基本台帳に記録されており、65歳以上のひとり暮らしである
	利用希望	曜日（ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金） 時間（ 時 分頃）
		連絡先（ <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話） 連絡先となる電話を持っておらず、次のいずれかに該当するときは、市から福祉電話を貸与します。該当するものに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援給付 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税
緊急連絡先	氏名： _____ 電話番号： _____ 本人との続柄： _____ 住所： _____	

※上記の利用要件中に「介護保険施設」とあるのは、以下の施設を指します。

・特別養護老人ホーム ・介護老人保健施設 ・介護医療院

緊急通報機器設置申請連絡票

慢性疾患又は 重度障害の内容	
かかりつけ医	病院名
	病名（既往歴）
救急車での搬送歴	
直近1年以内の 入院歴	
日常生活を送る上で 不安・心配なこと	
介護保険サービス利 用状況	
緊急連絡先・ 協力員1	氏名 続柄 住所 電話番号
緊急連絡先・ 協力員2	氏名 続柄 住所 電話番号
自宅の合鍵の所在	<input type="checkbox"/> 合鍵預託者あり 氏名 続柄 電話番号 <input type="checkbox"/> キーボックス使用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 情報提供はしない
月2回の安否確認	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
固定電話回線の 有無	<input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> NTTアナログ回線 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※NTTアナログ回線以外では、利用できない場合があります。 <input type="checkbox"/> 無→次のいずれかに該当するときは、市から福祉電話を貸与します。該当す るものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援給付 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税
備考	

※NTTアナログ回線以外の電話回線では、利用できない場合があります。

※緊急通報機器は、利用終了時に御返却いただきます。

※緊急通報機器を破損、紛失等した場合や利用終了時に御返却いただけない場合は、弁償していただきます。