様式第1号（第3条関係）

甲州市外出応援サポート事業利用申請書

　　年　　月　　日

　（宛先）甲州市長

申請者　住所

氏名

連絡先

申請代行者　申請者との関係

所属・氏名

連絡先

甲州市外出応援サポート事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、この申請に関し、利用者の属する世帯の課税状況等を確認することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 生年月日 | |
| 利用者  （申請者）  氏名 |  | | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 介護認定 | 有・無 | 認定有の場合要介護度 | |  | 認定期間 | | ～ |
| 障害者手帳 | 有・無 | 手帳有の場合  等級 | | 身体・療育・精神　　　等級（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 他制度による  外出支援の利用 | | | 有〔福祉タクシー回数乗車券／その他（　　　　　　　　　）〕  無 | | | | |

※介護支援専門員等による意見を裏に記入してください。

【利用券交付委任書：申請者以外の方が受け取る場合に記入】

　下記の者に、甲州市外出応援サポート事業利用券の受け取りを委任します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理で受け取る者の氏名 |  | | |
| 住所又は事業所名 |  | | |
| 連絡先 |  | 申請者との関係 |  |

※利用券を受け取りに来る際には身分証明書をお持ちください。

【アセスメントシート】　※必ずケアマネジャーに記入してもらってください。

□　週に１回以上外出していますか？　　　　　　　　　　 はい　・　いいえ

□　週又は月にどの程度外出していますか？　　　 　　　　週　　　回　／　月　　回

□　昨年と比べて外出頻度が減っていますか？　　　　　　　はい　・　いいえ

□　デイサービス等通所系サービスを利用されていますか？　はい　・　いいえ

□　月にどの程度定期受診をされていますか？　　　　　　　月　　　　回

|  |
| --- |
| 介護支援専門員等の意見  （身体機能・家族状況・移動動作・歩行の状態・閉じこもり予防が必要な理由等）  記入者：所属・氏名（　　　　　　　　　　・　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【市記入欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市民税課税状況 | □課税世帯　　□非課税世帯 | | 要介護度 | | □確認済 |
| 利用の可否 | 可　　・　　否 | | 決定日 | |  |
| 決定の理由 |  | | | | |
| 利用者番号 |  | 支給枚数 | | 枚 | |

【利用券交付受領書】

甲州市外出応援サポート事業利用券を交付され、受領しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 受領者氏名 |  |
| 住所又は事業所名 |  |
| 受領日 |  |