

在宅高齢者等支援事業申請書

年 月 日

福島市福祉事務所長

〒
住 所 _____
申 請 者 氏 名 _____
電 話 _____

下記により、在宅高齢者支援事業の利用を申請します。

利用者氏名	(男・女) 大・昭 年 月 日生				
住 所	福島市	連絡先			
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独 居 <input type="checkbox"/> 家族同居()				
《同意欄》 在宅高齢者支援事業に係る要件の確認及び自己負担額認定のため、 福島市福祉事務所長が市・県民税課税台帳等の閲覧を行うことに同意いたします。 <table border="1" style="width:100%"><tr><td>年 月 日</td><td>氏 名</td></tr></table>				年 月 日	氏 名
年 月 日	氏 名				

申請するサービス(希望するサービスの番号に☑を付けてください) ※裏面に各事業の詳細を記載しております。

<input type="checkbox"/>	生きがい型デイサービス																
<input type="checkbox"/>	食事サービス 開始日連絡先() ・希望する曜日に○を付けてください << 日・月・火・水・木・金・土 >>																
<input type="checkbox"/>	緊急通報装置設置支援 設置時連絡先() << 緊急通報装置(固定型)・緊急通報装置(携帯型)・火災報知器 >> ・緊急通報装置(火災報知器を除く)又は食事サービスを希望される方は、下記に安否等の確認や緊急搬送時の付き添いをお願いする協力員を3名記入してください。 ・ご親族の方もしくは市内在住の方を推奨しております。 <table border="1" style="width:100%"><thead><tr><th>氏 名</th><th>関 係 性</th><th>住 所</th><th>連 絡 先</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	氏 名	関 係 性	住 所	連 絡 先												
氏 名	関 係 性	住 所	連 絡 先														
<input type="checkbox"/>	はり・きゅう・マッサージ等施術費の助成																
<input type="checkbox"/>	訪問理美容利用助成事業 ・該当する項目に○を付けてください << 介護認定の要介護 4 ・ 5 ・ その他 >>																

《生きがい型デイサービス》

概要 週1回程度デイサービスセンターでの趣味活動及び軽運動、また野外での活動等を通じ、生きがいづくりを支援します。

要件 ・介護保険に該当しない、65歳以上の一人暮らし、高齢者世帯、日中独居の方

《食事サービス》(※表面の協力員の記載が必要となります)

概要 健康の維持と安否確認を兼ねて栄養バランスのとれた昼食の配食を行います。

要件 ・概ね65歳以上の一人暮らし高齢者、高齢者世帯、日中独居の方で食事の確保が困難な方。
・10時～12時の間に手渡して受けとることができる方
・1食400円のチケット制(10枚綴りで購入していただきます)

《緊急通報装置設置支援》(※表面の同意書欄に署名及び協力員の記載が必要となります)

概要 緊急通報装置の設置支援をします。

- ・緊急通報装置は通報ボタンを押すとセンターに発信され、近隣の協力員へ連絡し安否確認を行うとともに必要に応じて119番通報し、速やかな対応を図ります。
- ・火災報知器は、室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し屋外にも警報ブザーで知らせ得るものとなります。

要件 ・65歳以上の一人暮らし高齢者又は一人暮らしの重度身体障がい者の方、高齢者世帯で市県民税非課税の方(85歳以上の方は課税されていても申請可能となります)。
・緊急通報装置の設置に伴う工事費用が発生した場合は、利用者負担となります。
・火災報知器は高齢者世帯でも申請いただけます。その場合は、世帯全員が市県民税非課税であることが要件となります。

《はり・きゅう・マッサージ等施術費の助成》

概要 一人暮らし高齢者や寝たきり状態の方を介護している方の心身の疲労回復を支援します。

要件 ・65歳以上で一人暮らしの方、又は6ヶ月以上寝たきり状態にある20歳以上の方の介護者、重度認知症高齢者で寝たきりと同程度であると判断される方の介護者の方
・1枚1,000円の利用券を、年間12枚を上限として交付します。(医師の発行する同意書によって保険給付の対象となる場合および介護慰労手当受給世帯は対象外となります。)
・毎年度末(2月初め頃)にご利用者に対して、更新申請書を送付しております。更新申請書の返送がない場合は、自動更新とはなりませんので予めご了承ください。

《訪問理美容利用助成事業》

概要 主に寝たきり高齢者の方への理美容出張費用の助成をします。

要件 ・介護保険における要介護4または5の認定を受けた方、高齢者のみの世帯等で心身の障が等の理由により理・美容店に行くことができない65歳以上の高齢者の方
・理・美容者の訪問費用として、1枚1,000円の利用券を、年間4枚の上限で交付します。