様式第1号(第6条関係)

国民健康保険介護支援事業助成申請書

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

(世帯主)住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

電話　　　　　　　　　　番

　介護機器のレンタル料助成を受けたく下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 | 介護機器を必要とする者の氏名 | 　 | 続柄 |
| 　 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 傷病名 | 　 | 傷病の発生理由　次の事項の該当・不該当に○印を付してください。1　業務上　　　　該当・不該当2　通勤災害　　　該当・不該当3　第三者行為　　該当・不該当 |
| 介護機器が必要となった日 | 　 |
| 発病又は負傷年月日 | 　 |
| 介護機器レンタル希望 | 　レンタルを希望する介護機器に○印を付してください。1　特殊ベッド　　2　車椅子　　3　移動用リフト4　歩行補助器　　5　床ずれ防止エアー発生調節器6　認知症老人徘徊感知器 |
| 介護機器の納品希望日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 介護機器を必要とする者の日常生活状況等についての申し出事項 | (1)　介護機器を必要とする者の身体状況について該当する番号全てに○印を付してください。　1　床上における起座ができない、又は体位変換ができない。　2　衣服の着脱が自分でできない。　3　食事が自分でできない。　4　用便が自分でできない。　5　入浴が自分でできない。　6　その他日常生活に著しく支障をきたしている。(具体的に記入してください。)(2)　介護機器を必要とする者に主として介護等を行っている方はどなたですか該当する番号に○印をしてください。　1　配偶者　　2　子供　　3　兄弟　　4　親　　5　孫　6　ホームヘルパー　7　家政婦　8　その他(　　　　　) |

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | レンタル希望業者名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 保健師等の所見欄 | 　左記の介護機器を必要とする者(氏名　　　　　　　)については、日常生活に常時介護を必要とし、次のとおりである。※下記の3項目について該当する番号に必ず○印を付してください。(1)　屋内での生活は概ね自立しているが、介護なしには外出しない。　1　介護により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。　2　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。(2)　屋内での生活は何らかの介護を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが座位を保つ。　1　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。　2　介助により車椅子に移乗する。(3)　1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。　1　自力で寝返りをうつ。　2　自力では寝返りもうたない。上記事項は、　　　　　　　　年　　　月頃から(継続期間　　　年　　箇月間)その他、日常生活上での特記事項　上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日保健師等の氏名(職名　　　　　　)㊞ |