

様式第1（第3条関係）

虚弱高齢者等福祉用具給付申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者住所

氏 名

対象者との関係（ ）

電話番号

下記により福祉用具の給付を申請します。

対 象 者	ふりがな		電 話	()
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	健康状態等			
世 帯 の 状 況	氏 名	続 柄	生年月日	健康状態その他
給付を希望する理由				
給付を受けたい用具の名称				
通知書・給付券の送付先（対象者・申請者・その他（ ））				
用具の配達連絡先（対象者・申請者・その他（ ））				
同 意 書				
鹿児島市虚弱高齢者等福祉用具給付事業の利用に伴う利用者負担金決定のために必要があるときは、私（生計中心者）の課税状況を確認するために課税の資料を閲覧することに同意します。				
年 月 日				
(生計中心者) 住所 鹿児島市				
氏名		(署名又は記名押印)		

日 常 動 作 等 の 状 況

(あてはまるものに○を付けてください。)

床上動作	自由に動ける・なんとか自分で動ける・起き上がりに介助を要す・ねたきり	
下肢の状態	良好・なんとかひざを曲げられる・ひざが曲がらない・補装具使用	
歩行の状況	自立歩行・つえ等の器具使用（車いす、歩行器等）・他人の介助が必要 ・歩行不能	
行動範囲	単独でどこにでも・病院や買い物に行く程度・隣近所程度・庭に出る程度	
病 状	病院にはかかっていない・週 回程度通院治療中・月 回程度通院治療中・薬をもらうだけ・ かかりつけの病院： 病名・症状等：	
認知症の状況	なし：あり 症 状：	
身体障害者手帳の有無	持っている 持っていない	種 級 内 容 ()
要介護認定の結果等	認定を受けていない・自立 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 ※ 吸引器の給付を希望する方で鹿児島市で介護認定を受けていない方は、 要介護認定を受けていることを証明する書面を添付してください。	
介護保険サービス利用状況	利用中のサービス： 担当ケアマネジャー： 事業所名： 電話番号：	

以上のとおり相違ありません。

氏名 (対象者との関係)

電話番号：

※ 吸引器の給付を希望する方は、「健康に関する調査票（吸引器用）」を併せて提出してください。

健康に関する調査票（吸引器用）

氏名				明・大・昭	年	月	日
住所				介護者名			
病名等							
医療機関名称				主治医 氏名			
申請理由	(詳細に)						
使用の必要性	1. 痰が出るのは。 2. 痰を自力で吐き出せますか。 3. 吸引器を使用したことはありますか。 4. 吸引器の使用を勧められたことがありますか。 [ある]の方は、どなたに勧められましたか。() 5. その他 ()			いつも・ときどき・でない できる・できない ある・ない ある・ない			
治療の状況	通院	週・月に () 回	医療機関名				
		週・月に () 回	医療機関名				
	往診	週・月に () 回	医療機関名				
備考							
調査日	年 月 日			調査方法	() から聴取		
作成者	所属			氏名	印		

※ この調査票は、本人の状態を把握し、吸引器の必要性を判断できる医療従事者の方に直接ご記入いただくか、又は当該医療従事者の方から聴取して作成してください。聴取した場合は、「調査方法」欄に当該医療従事者の方を記載してください。