

長岡市在宅介護者支援金要件判定シート

申込日 <small>(家族から申し込みのあった日)</small>	令和 年 月 日	判定日 <small>(実際に判定した日)</small>	令和 年 月 日
--	----------	---	----------

【 申込者(介護をしている人) 】・・・同居の家族

(フリガナ)		生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
氏名					
住所			電話 番号		

【 介護を受けている人 】

(フリガナ)		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
氏名					
住所			申請者からみた 続柄		
認定 状況	認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		要介護状態 支2・1・2・3・4・5		
おむつ の 必要性	<input type="checkbox"/> 常時必要な状態 <input type="checkbox"/> 常時必要ではない又は不要	<状況> _____ _____			
認知症 ランク	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M				

※ 認知症チェックシートより

【 特記事項 】

【 ケアマネジャー・地域包括支援センター確認欄 】

事業所名	担当者名 (印)
------	---

..... ここから下は長寿はつらつ課が使用しますので記入しないでください。

【 判定結果 】

<input type="checkbox"/> 要件に該当	<input type="checkbox"/> 要件に該当しない
<input type="checkbox"/> 常時おむつが必要	<input type="checkbox"/> 認知症ランクⅢ以上
<input type="checkbox"/> 常時おむつの必要なし	<input type="checkbox"/> 認知症ランクⅡ以下

