**大阪狭山市短期集中予防サービス事業　申込書（令和　年度第　クール）**

（あて先）大阪狭山市健康福祉部高齢者福祉グループ　あて

大阪狭山市が大阪府理学療法士会に委託し実施する「サービス・活動事業（短期集中予防サービス）」を利用したいので、下記の確認事項を了承した上で、必要書類を添え申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日　令和　　　 年 　　　月　　 　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申  請  者 | □ | 大阪狭山市地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 委託居宅介護支援事業所 | | | | | | ＜事業所名＞ | | | | | | | |
| 介護支援専門員氏名 | | | | | | |  | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | 生年月日 | 大・昭 　 年　 月　 日 |
| ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | 年齢 | 歳 |
| 対象者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | | | 大阪狭山市 | | | | | | | | | | | 連絡先 | －　　　－ |
| 緊急連絡先氏名 | | | （続柄　　　） | | | | | | | | | | | 連絡先 | －　　　－ |
| 要介護度 | | | 事業対象者　・　要支援１　・　要支援２ | | | | | | | | | | | | |
| 申込時点で利用している  サービス（全て記入） | | | 訪問介護・通所介護・福祉用具貸与・その他（　　 　　　 　　） | | | | | | | | | | | | |
| 私は、事業を利用するにあたり、以下の事項について同意します。  １．市及び事業受注者である大阪府理学療法士会や事業関係者（「以下、市等という」）が、要介護・要支援認定情報（認定調査票、主治医意見書）や介護予防ケアマネジメント資料（利用者基本情報、基本チェックリスト、アセスメントシート等）を、短期集中予防サービス事業に利用することがあります。  ２．市等が主治医及び他の保健・医療サービスや福祉サービスに、申込者の状況等について連絡する等連携することがあります。  ３．事業の趣旨を理解し、職員の指示に従って利用します。  ４．怪我や事故が発生しないよう留意するとともに、自己の過失により生じた怪我や事故については、自己責任で対応します。  ５．事業の利用日時等について、次のとおり承諾します。  ⑴　利用日時　　毎週火曜日　10：00～12：00（日程は、後日お渡しする利用案内を参照）  ⑵　送　　迎　　あり（ただし、自身で会場まで行くことが可能な場合は省くこともできます）  ⑶　利用料金　　１クール（３か月１２回　※クール前後計2回自宅訪問あり）あたり３，０００円  （ただし、初回利用後の利用料の返還には応じません。）  ６．効果検証・事業紹介等のため事業実施中の写真・動画撮影に同意します。ただし、本人の許可なく他で使用することはありません。  令和　　年　　月　　日　　　利用者氏名（自署）： | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≪添付書類チェックリスト≫  □基本情報　　　□基本チェックリスト（最新分）　　□薬剤情報（コピー可）  □現状のケアプラン（新規ケース以外）　　　　　　　□口腔・摂食嚥下アセスメントシート  □ケアマネジャー連絡シート　　　　　　（専門職アセスメント同行訪問事業の利用　□あり　□なし） | | | | | | | | | | | | | | | |