

ケアマネジャーのための 情報ガイド（堺市版）

令和5年11月 改訂

社会福祉法人 堺市社会福祉協議会

基幹型包括支援センター

本冊子の趣旨・目的

平成 25 年度、基幹型包括支援センターが堺市内居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象に実施した「困難ケース対応に関するアンケート」においては、介護支援専門員が種々の困難事例に対応するにあたって、地域包括支援センターや基幹型包括支援センターへ相談しても「具体的なアドバイスがもらえなかった」という回答や、「窓口がわからず相談できなかった」などの意見が見られました。

そこで、基幹型包括支援センターでは、堺市内の介護支援専門員が円滑に業務をすすめるための一助となるよう、地域包括支援センターや基幹型包括支援センターに相談する一つのツールとしての『ケアマネジャー相談シート』、堺市における相談窓口、介護保険関連の様式類、それ以外に知っておきたい情報などを集めた本冊子を作成いたしました。

介護支援専門員の方々が、情報ガイドを活用されることで円滑なケアマネジメントの一助となれば幸いです。

平成 27 年 3 月

目次

1. 地域包括支援センターとは	1	
(1) 目的・役割		
(2) 堺市の地域包括支援センター		
2. ケアマネジャー相談シート	3	
3. 介護保険に関する申請様式	6	
4. <堺市版>医療・介護の多職種連携マニュアル	7	
5. 介護予防・日常生活支援総合事業 手引き	7	
6. 認知症支援	8	
7. 高齢者生活支援事業	12	
8. 高齢者の住まい	12	
9. 権利擁護（成年後見制度・日常生活自立支援事業）	13	
10. 障害福祉	14	
<table border="1"><tr><td>付録</td></tr></table> 様式集	付録	15
付録		

1. 地域包括支援センターとは

(1) 目的・役割

地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」（介護保険法第 115 条の 46）です。つまり、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的および継続的な支援を行う地域包括ケアを実現することが地域包括支援センターの目的です。

地域包括ケアシステムの構築は市町村の責務ですが、その構築に向けての中心的役割を果たすことが地域包括支援センターに求められています。地域包括ケアシステムを構築し、かつ有効に機能させるために、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートも行う地域の中核機関として設置されています。

地域包括支援センターには、次の機能を果たすことが期待されています。

① 地域のネットワーク構築機能

関連機関と連携しながら地域におけるフォーマルおよびインフォーマルな社会資源を網のように相互につなげていく必要があります。このような地域の人々のつながりは、住民への情報提供、住民のニーズの発見、住民による支援、専門職の連携などを可能にします。

② ワンストップサービス窓口機能

どのようなサービスを利用してよいかわからない住民に対して、1か所で相談からサービスの調整に至る機能を発揮する、いわばワンストップサービスの拠点として機能することが期待されています。

③ 権利擁護機能

高齢者に本人が有する権利を理解してもらうとともに、権利侵害の予防・発見、権利保障に向けた対応を行います。

④ 介護支援専門員支援機能

地域の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるように、直接的または間接的に支援を行います。

(地域包括支援センター運営マニュアルより抜粋)

長寿社会開発センターホームページ <http://www.nenrin.or.jp/regional/manual.html>

(2) 堺市の地域包括支援センター

堺市では市内を 21 の区域に分け、その区域ごとに『地域包括支援センター』を、そして各区役所内には『基幹型包括支援センター』をそれぞれ設置し、堺市が委託した法人が運営しています。

『地域包括支援センター』では、「総合相談・支援」「介護予防ケアマネジメント」「包括的継続的ケアマネジメント」「権利擁護」の 4 つの主な支援を行い、高齢者の身近な相談窓口として活動しています。

『基幹型包括支援センター』では、「高齢者総合相談窓口」を設けるとともに、区内の地域包括支援センターの支援を行い、虐待等の困難事例などに地域包括支援センターと連携して対応します。また、区内の高齢者支援ネットワークづくりに積極的に取り組み、暮らしやすい地域づくりをめざして活動しています。

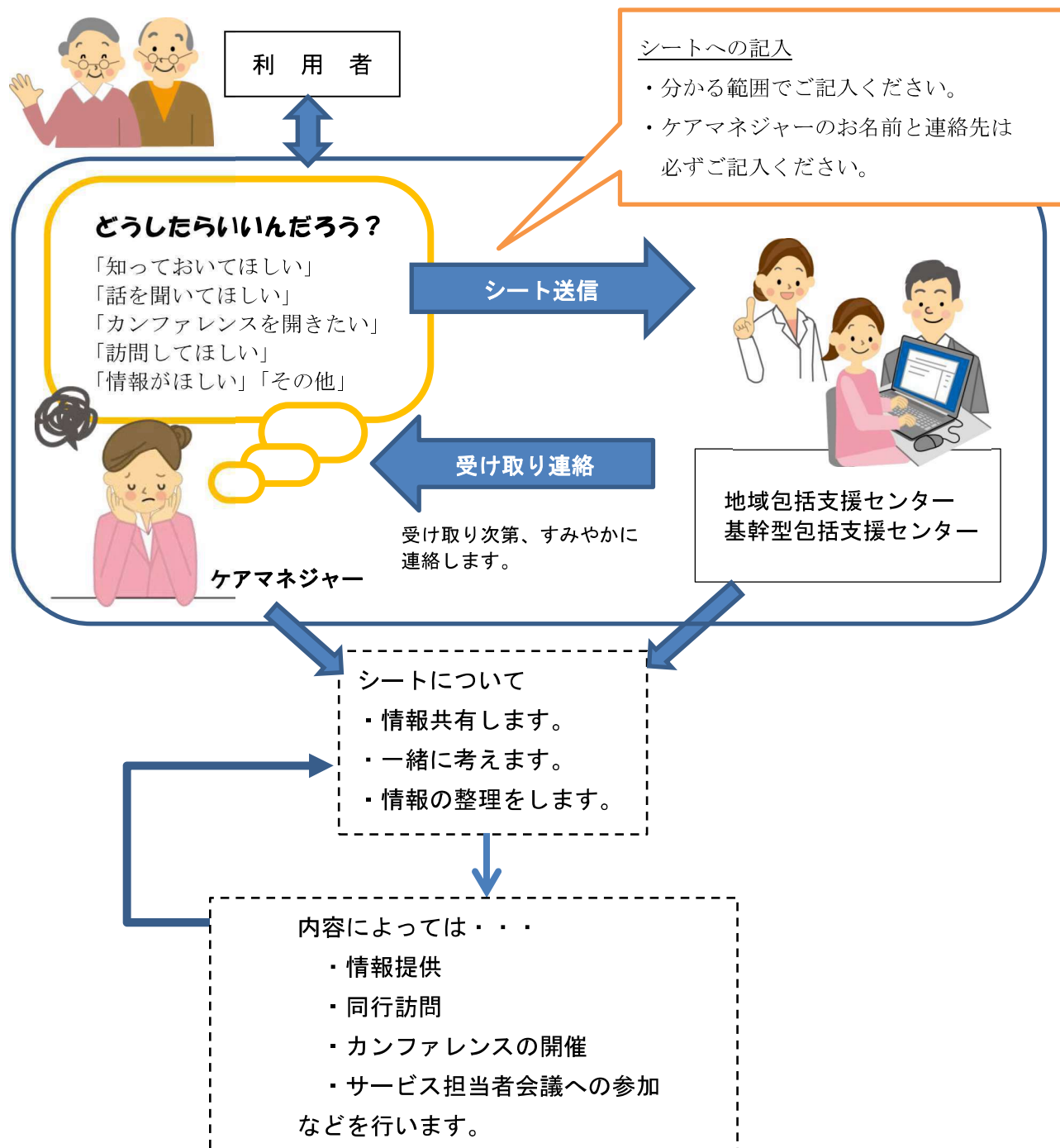
	名前	所在地	電話番号	FAX	担当区域（小学校区）
堺区	堺第1 地域包括支援センター	堺区海山町 3-150-2 (ハートピア堺隣)	222-8082	222-8083	三宝・錦西・市・英彰
	堺第2 地域包括支援センター	堺区今池町 4-4-12 (みあ・カーさ内)	229-9240	229-9234	錦・錦綾・浅香山 三国丘
	堺第3 地域包括支援センター	堺区京町通 1-21 (グレース堺敷地内)	223-1500	223-1522	熊野・少林寺・安井 榎
	堺第4 地域包括支援センター	堺区協和町 3-128-11 (愛らいふ内)	275-8586	275-8587	神石・新湊・大仙 大仙西
	堺基幹型 包括支援センター	堺区南瓦町 3-1 (堺市役所本館内)	228-7052	228-7058	
中区	中第1 地域包括支援センター	中区深井中町 1888-14	276-0800	276-0802	八田荘・八田荘西 深井・深井西
	中第2 地域包括支援センター	中区土塔町 2028 (ふれ愛の家内)	234-6500	234-6501	東百舌鳥・宮園 東深井・土師
	中第3 地域包括支援センター	中区東山 841-1 (ベルファミリア内)	234-2006	234-2013	久世・福田・深阪 東陶器・西陶器
	中基幹型 包括支援センター	中区深井沢町 2470-7 (中区役所内)	270-8268	270-8288	
東区	東第1 地域包括支援センター	東区石原町 3-150 (つるぎ荘・ やしも地域包括支援センター内)	240-0018	240-0048	南八下・八下西 日置荘・日置荘西・白鷺
	東第1 地域相談窓口	東区日置荘田中町 143-1 (つるぎ荘内)	286-2828	286-6868	
	東第2 地域包括支援センター	東区南野田 33 (ハーモニー内)	237-0111	237-3900	登美丘西・登美丘東 登美丘南・野田
	東基幹型 包括支援センター	東区日置荘原寺町 195-1 (東区役所内)	287-8730	287-8740	
西区	西第1 地域包括支援センター	西区浜寺石津町西 5-11-21 (結いの里内)	268-5056	268-5066	浜寺・浜寺東・浜寺石津 浜寺昭和
	西第2 地域包括支援センター	西区草部 531 (ウェルフォンテひのき内)	271-0048	284-8875	鳳・鳳南・福泉・福泉上 福泉東
	西第3 地域包括支援センター	西区津久野町 1-5-8-103 (アーバンフォーレスト)	260-5022	260-5033	津久野・向丘・平岡 家原寺・上野芝
	西基幹型 包括支援センター	西区鳳東町 6-600 (西区役所内)	275-0009	275-0140	
南区	南第1 地域包括支援センター	南区赤坂台 2-5-7 (赤坂台近隣センター内)	295-1555	295-1556	美木多(鴨谷台含む) 赤坂台・新檜尾台・城山台
	南第2 地域包括支援センター	南区原山台 1-6-1-103 (府公社泉北原山台C団地6-1棟)	290-7030	290-7665	福泉中央・桃山台・庭代台 原山ひかり・御池台
	南第3 地域包括支援センター	南区茶山台 3-22-9 (茶山台近隣センター内)	289-8085	289-8086	上神谷・宮山台・竹城台 竹城台東・若松台・茶山台
	南第4 地域包括支援センター	南区逆瀬川 1038-2 (榎塚荘内)	291-6681	291-6682	三原台・はるみ・榎塚台 泉北高倉
	南基幹型 包括支援センター	南区桃山台 1-1-1 (南区役所内)	290-1866	290-1886	
北区	北第1 地域包括支援センター	北区北花田町 3-28-1 (今井ビル)	240-0120	240-0121	東浅香山・新浅香山 五箇荘・五箇荘東
	北第2 地域包括支援センター	北区長曾根町 1199-6 (陵東館秀光苑内)	252-0110	257-2941	東三国丘・光竜寺 新金岡・新金岡東
	北第3 地域包括支援センター	北区野遠町 344-1 (あけぼの苑内)	257-1515	257-1525	大泉・金岡・金岡南 北八下
	北第4 地域包括支援センター	北区百舌鳥陵南町 2-662 (ハピネス陵南内)	276-3838	276-3800	中百舌鳥・百舌鳥 西百舌鳥
	北基幹型 包括支援センター	北区新金岡町 5-1-4 (北区役所内)	258-6886	258-8010	
美原区	美原第1 地域包括支援センター	美原区平尾 595-1 (美原荘内)	369-3070	369-3038	美原区全域
	美原基幹型 包括支援センター	美原区黒山 167-1 (美原区役所内)	361-1950	361-1960	

2. ケアマネジャー相談シート

① ケアマネジャー相談シートとは 【付録様式集①】

- ・ケアマネジャーの皆様から寄せられる「どこに相談していいのかわからない」「相談窓口がわかりにくい」などのご意見をを受けて、ケアマネジャーが気軽に、地域包括支援センターや基幹型包括支援センターに相談できるよう「ケアマネジャー相談シート」を作成しましたので、ご利用ください。

② 「ケアマネジャー相談シート」による相談イメージ図



堺市地域包括支援センター・基幹型包括支援センター

ケアマネジャーのみなさま

ちょっと相談してみませんか？



お一人で悩まずに、包括支援センターと一緒に考えてみませんか？

包括支援センターは、高齢者を支えるケアマネジャーの皆様が円滑にお仕事ができるよう支援します。

堺市地域包括支援センター・基幹型包括支援センター

各区 包括支援センター	TEL	FAX
堺第1地域包括支援センター	072-222-8082	072-222-8083
堺第2地域包括支援センター	072-229-9240	072-229-9234
堺第3地域包括支援センター	072-223-1500	072-223-1522
堺第4地域包括支援センター	072-275-8586	072-275-8587
堺基幹型包括支援センター	072-228-7052	072-228-7058
中第1地域包括支援センター	072-276-0800	072-276-0802
中第2地域包括支援センター	072-234-6500	072-234-6501
中第3地域包括支援センター	072-234-2006	072-234-2013
中基幹型包括支援センター	072-270-8268	072-270-8288
東第1地域包括支援センター	072-240-0018	072-240-0048
東第1地域相談窓口	072-286-2828	072-286-6868
東第2地域包括支援センター	072-237-0111	072-237-3900
東基幹型包括支援センター	072-287-8730	072-287-8740
西第1地域包括支援センター	072-268-5056	072-268-5066
西第2地域包括支援センター	072-271-0048	072-284-8875

各区 包括支援センター	TEL	FAX
西第3地域包括支援センター	072-260-5022	072-260-5033
西基幹型包括支援センター	072-275-0009	072-275-0140
南第1地域包括支援センター	072-295-1555	072-295-1556
南第2地域包括支援センター	072-290-7030	072-290-7665
南第3地域包括支援センター	072-289-8085	072-289-8086
南基幹型包括支援センター	072-291-6881	072-291-6682
南基幹型包括支援センター	072-290-1866	072-290-1886
北第1地域包括支援センター	072-240-0120	072-240-0121
北第2地域包括支援センター	072-252-0110	072-257-2941
北第3地域包括支援センター	072-257-1515	072-257-1525
北第4地域包括支援センター	072-276-3838	072-276-3800
北基幹型包括支援センター	072-258-6886	072-258-8010
美原第1地域包括支援センター	072-369-3070	072-369-3038
美原基幹型包括支援センター	072-361-1950	072-361-1960

記入例

送信日：令和〇〇年〇〇月〇〇日

居宅介護支援事業所名	ケアマネジャー	連絡先
〇〇ケアプランセンター	〇〇 〇〇	072-000-0000

FAX

〇第〇地域 包括支援センター	FAX：072-000-0000
----------------	------------------

ケアマネジャー相談シート

気になること									
<input type="checkbox"/> 制度について（介護保険・障害・医療）	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症について 本人が〇〇で、家族も〇〇になっており 〇〇が気になっている。								
<input type="checkbox"/> 社会資源について	<input type="checkbox"/> 経済的困窮								
<input type="checkbox"/> どこに相談すればいいかわからない	<input type="checkbox"/> ゴミがあふれ生活環境が悪化している								
<input type="checkbox"/> 身寄りがない	<input type="checkbox"/> 医療との連携								
<input type="checkbox"/> 利用者の家族に関すること	<input type="checkbox"/> 必要なサービスを導入できない								
<input type="checkbox"/> 暴言・暴力を伴う（CMやサービス事業所に対するものも含む）									
<input type="checkbox"/> 精神障害について									
<input type="checkbox"/> その他									
希望すること									
<input type="checkbox"/> 知っておいてほしい	<input checked="" type="checkbox"/> 話を聞いてほしい								
<input type="checkbox"/> 訪問してほしい	<input type="checkbox"/> 情報がほしい								
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> カンファレンスを開きたい								
利用者情報	年齢	〇〇 歳	性別	男・女					
	住所	堺区	中区	東区	西区	南区	北区	美原区	他市
	認定情報	未申請・非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5・申請中							

堺市地域包括支援センター・基幹型包括支援センター

3. 介護保険に関する申請様式

(1) 認定申請

○堺市介護保険要介護・要支援認定申請書【付録様式集②】

○主治医意見書問診票【付録様式集③】

医師が主治医意見書を記載するにあたり参考資料となるものです。

利用者（本人）や家族が困っていること、主治医に伝えておきたいこと、区分変更・福祉用具貸与の必要性の理由などを記載し主治医へ提出してください。

※『<堺市版>医療・介護の多職種連携マニュアル』（次ページ）参照

(2) 計画作成

○堺市居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（甲）

○堺市居宅サービス・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（乙）

【付録様式集④】

※2号被保険者は医療保険被保険者証の提示が必要です

○資料提供依頼書兼受領書【付録様式集⑤】

(3) 福祉用具・住宅改修

○指定（介護予防）福祉用具貸与理由書【付録様式集⑥】<該当者のみ>

○堺市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【付録様式集⑦-1】

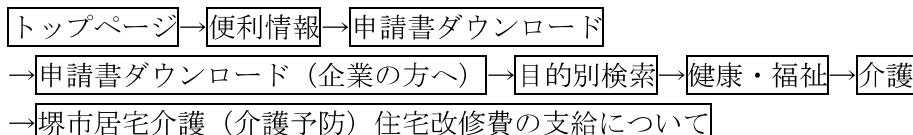
○堺市介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書兼同意書【付録様式集⑦-2】

○堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書【付録様式⑧-1】

○堺市介護保険住宅改修費受領委任払承認申請書兼同意書【付録様式集⑧-2】

○堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修理由書（P.1）（P.2）【付録様式⑧-3】

☆堺市ホームページ参照



http://www.city.sakai.lg.jp/benri/download/download_kigyo/mokuteki/kenko/kaigo/jutakukaisyu.html

（1）～（3）に関して、生活保護受給者の場合、適宜、生活援護課担当ケースワーカーに連絡、プラン・利用票・利用票別表を提出します。

(4) 費用の負担軽減

○堺市介護保険負担限度額認定申請書【付録様式集⑨-1】

○同意書【付録様式集⑨-2】

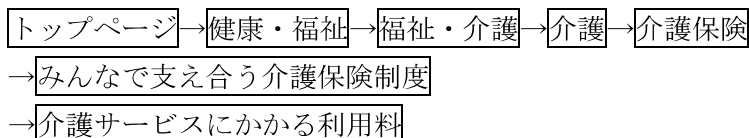
○堺市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（甲）（乙）【付録様式集⑩】

○堺市社会福祉法人による利用者負担軽減対象確認申請書【付録様式集⑩-1】

○調査の同意書【付録様式集⑩-2】

○収入・資産等申告書【付録様式集⑩-3】

☆堺市ホームページ参照



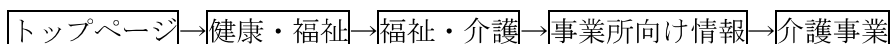
<http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/kaigo/kaigohoken/hokenseido/riyoryo.html>

☆提出先は各区役所の地域福祉課介護保険係です。
それぞれの様式は巻末の様式集をご参照ください。

＜参考＞

☆堺市ホームページ（「介護事業」のページ）

条例・基準関係、堺市からの通知文などが掲載されています。

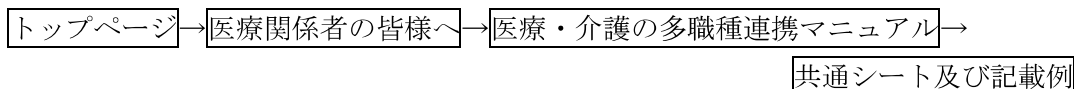


<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/jigyo/jigyosha/index.html>

4. ＜堺市版＞医療・介護の多職種連携マニュアル

堺市医師会および『堺市における医療と介護の連携を進める関係者会議（いいともネットさかい）』では、介護支援専門員が医師等との情報共有や連携をはかるための様々なシート類を搭載した『＜堺市版＞医療・介護の多職種連携マニュアル』を作成しています。

☆堺市医師会ホームページ参照

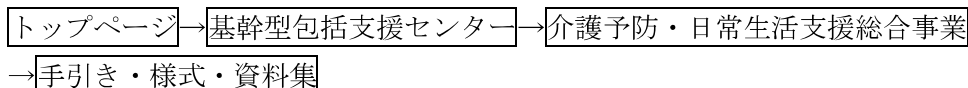


<http://www.sakai-med.jp/renkei/sheet.html#a>

5. 介護予防・日常生活支援総合事業手引き

堺市における「介護予防・日常生活支援総合事業」業務については、事務の流れや様式、留意点などをまとめた手引きが作成されています。

☆堺市社会福祉協議会ホームページ参照



http://www.sakai-syakyo.net/contents/houkatsu_shien/index.html

6. 認知症支援

高齢化の進行とともに認知症の方は今後更に増えていくことが予想されます。しかしながらたとえ認知症になっても周囲の理解と支援があれば、住み慣れた地域で暮らし続けることができます。そのためには、本人を取り巻く各関係機関の連携が不可欠であり、家族への支援もまた重要となってきます。

堺市では、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるように各関係機関の強化に取り組んでいます。

○認知症支援のてびき（堺市 認知症ケアパス）

「認知症支援のてびき（堺市ケアパス）」とは、認知症を5段階の重症度であらわし、それに応じた本人の状態や症状、各サービス利用のための相談窓口、受診先、通いの場、介護サービスなどの項目が記載されたリーフレットです。

◇ ◇ ◇ 『認知症支援のてびき（堺市 認知症ケアパス）』の詳しい内容に関することは下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

☆堺市ホームページ（認知症支援のてびき）

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[高齢者福祉](#)→[認知症](#)→[認知症支援のてびき](#)

<http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/pass.html>

○若年性認知症とうまくつきあうためのガイドブック

高齢者の認知症と違い、本人が働き盛りの世代であるため、家族や社会の中で精神的、経済的な役割を担っている場合がめずらしくありません。したがって支援者には、必要なサービスを単に紹介するだけではなく、これまで担ってきた役割を果たしていけるような支援も必要となります。

◇ ◇ ◇ 『若年性認知症とうまくつきあうためのガイドブック』は下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

☆堺市社会福祉協議会ホームページ（基幹型包括支援センター）

[トップページ](#)→[基幹型包括支援センター](#)→[認知症サポーター養成講座](#)
→[若年性認知症とうまくつきあうためのガイドブック](#)

http://www.sakai-syakyo.net/contents/houkatsu_shien/index.html

○堺市医師会 『もの忘れ安心ネット』

堺市医師会の『もの忘れ安心ネット』には、認知症の周辺症状（BPSD）や身体合併症に対応いただける病院・診療所・認知症相談医の一覧が掲載されています。

☆堺市医師会ホームページ

[トップページ](#)→[医療関係者の皆様へ](#)→[もの忘れ安心ネット](#) <http://www.sakai-med.jp/ninchi/>

○堺市認知症疾患医療センター

「認知症疾患医療センター」とは、認知症患者とその家族が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、都道府県や政令指定都市が指定する病院に設置する専門医療機関です。

認知症疾患における鑑別診断、地域における医療機関等の紹介、問題行動への対応についての相談の受付などを行います。

◇ ◇ ◇ 『認知症疾患医療センター』の詳しい内容に関することは
下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

☆堺市ホームページ（認知症疾患医療センター）

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[高齢者福祉](#)→[認知症](#)→[認知症疾患医療センター](#)

<http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/shikkan-center.html>

○認知症初期集中支援チーム

堺市では、認知症の知識をもつ専門職（看護師・精神保健福祉士等）で構成される「認知症初期集中支援チーム」を設置しています。本チームは、適切な医療・サービス等を受けられていない認知症の方の自宅を訪問する等、認知症に対する適切な支援に結び付けることで、認知症の重篤化を防ぎます。認知症の支援についての相談も可能です。まずは地域包括支援センターにご相談ください。

◇ ◇ ◇ 『認知症初期集中支援チーム』の詳しい内容に関すること
は下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

☆堺市ホームページ（認知症初期集中支援チーム）

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[高齢者福祉](#)→[認知症](#)→[認知症初期集中支援チーム](#)

<http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/syokisyutyu.html>

○嘱託医相談

堺市医師会の協力により、認知症サポート医養成研修を修了した、認知症に精通している医師を『嘱託医』として配置し、本人及びその家族と面会のうえ専門的医療相談を行っています。担当しているケースについて嘱託医相談のご希望がある場合は、地域包括支援センターか認知症地域支援推進員にご相談ください。

○認知症地域支援推進員

認知症の医療や介護の専門的知識を有しており、若年性認知症者をはじめ、認知症の方やその家族に対する相談・支援を行っています。地域包括支援センター・認知症専門医療機関、介護サービス事業所や認知症サポーターなど、地域において認知症の方を支援する関係者との連携をすすめています。

＜認知症地域支援推進員への相談＞

堺市社会福祉協議会 包括支援センター統括課 (TEL) 072-238-3636

○さかい見守りメール（堺市高齢者徘徊 SOS ネットワーク事業）

さかい見守りメール（堺市高齢者徘徊 SOS ネットワーク事業）は認知症の高齢者等が徘徊したときに警察捜索の補完的なものとして、広域に協力者の支援を得て早期に発見する取組です。

◇ ◇ ◇ 『さかい見守りメール』の詳しい内容や登録に関することは
下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

☆堺市ホームページ（さかい見守りメール）

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[高齢者福祉](#)→[認知症](#)→[さかい見守りメール](#)

http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/mimamori_mail.html

○堺ぬくもりカフェ（堺市認知症カフェ）

「堺ぬくもりカフェ」は、認知症の方とご家族、ご本人の支援者や地域にお住まいの方々など、どなたでも自由に参加できる場です。認知症や介護に関する相談や情報交換を行ったり、レクリエーションなどでリフレッシュすることができます。また、介護者の方がレスパイト（休息）できる場としても活用できます。

◇ ◇ ◇ 『堺ぬくもりカフェ』の詳しい内容や実施事業所一覧は
下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

☆堺市ホームページ（堺ぬくもりカフェ）

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[高齢者福祉](#)→[認知症](#)→[堺ぬくもりカフェ](#)

<http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/cafe.html>

○認知症家族会

認知症家族会は、認知症の方のご家族が集う場です。専門職からの情報を得るのではなく、同じ介護をしている立場の方が病気のこと介護のことなどについて自由に話し合うことにより、情報共有とともにご家族の間の連帯感が生まれます。

『認知症家族会の活動一覧』（次ページ参照）

認知症家族会活動一覧（令和5年11月現在）

<p>○ 若年性認知症家族交流会「フェニックス」</p> <p>活動日 第3月曜日 (祝日の場合は翌日の火曜日)</p> <p>活動場所 堺市堺区南瓦町 2-1 堺市総合福祉会館 会議室</p> <p>お問合せ先 TEL 072-238-3636 包括支援センター統括課</p>	<p>○ 堺区家族交流会</p> <p>活動日 偶数月第2金曜日 13:30～15:00</p> <p>活動場所 堺市堺区南瓦町 3-1 堺市役所本館地下会議室</p> <p>お問合せ先 TEL 072-228-7052 堺基幹型包括支援センター</p>
<p>○ 中区認知症家族の会 ハグの会</p> <p>活動日 第1月曜日 13:30～15:00</p> <p>活動場所 堺市中区深井沢町 2470-7 中区役所内会議室</p> <p>お問合せ先 TEL 072-270-8268 中基幹型包括支援センター</p>	<p>○ ポピー（認知症家族の会）</p> <p>活動日 4回/年</p> <p>活動場所 堺市東区日置荘原寺町 195-1 東区役所</p> <p>お問合せ先 TEL 072-287-8730 東基幹型包括支援センター</p>
<p>○ 北地域介護家族の会 ほっとしよう</p> <p>活動日 2～3か月に1回 第1木曜日 13:30～15:00</p> <p>活動場所 堺市北区新金岡町 5丁 1-4 北区役所内会議室</p> <p>お問合せ先 TEL 072-258-6886 北基幹型包括支援センター</p>	<p>○ 美原区認知症家族交流会</p> <p>活動日 年2回</p> <p>活動場所 堺市美原区黒山 167-1 美原区役所内会議室</p> <p>お問合せ先 TEL 072-361-1950 美原基幹型包括支援センター</p>
<p>○ 南区認知症家族介護者の集い きづきの会「なごみ」（現在、休会中）</p> <p>活動日 第3木曜日 13:00～15:00</p> <p>活動場所 堺市南区桃山台 1丁 1-1 南区役所2階 CoCo プラザ</p> <p>お問合せ先 TEL 072-290-1866 南基幹型包括支援センター</p>	

7. 高齢者生活支援事業

堺市では、介護保険の要介護認定において非該当になるなど介護保険の対象外となる方、またひとり暮らし高齢者や高齢者世帯等に対し、介護予防や自立生活の支援、閉じこもり防止や家族支援を目的としたさまざまなサービスがあります。

- ・緊急通報システム事業
- ・紙おむつ給付事業
- ・生活管理指導短期入所事業
- ・日常生活用具給付等事業

◇ ◇ ◇それぞれのサービスや事業の詳細については
下記のホームページに記載されています◇ ◇ ◇

☆堺市ホームページ

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[介護](#)→[介護者支援](#)→[高齢者生活支援事業](#)

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/kaigo/kaigoshashien/seikatsushien.html>

8. 高齢者の住まい

介護が必要になり、家族や介護保険サービスなどの支援を受けても自宅での生活が難しくなった場合には、その方の状況に応じて下記のような種類の施設があります。それぞれの施設の所在地や最新情報は下記ホームページをご確認ください。

(1) 介護保険施設

☆堺市ホームページ

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[高齢者福祉](#)→[事業者向け情報](#)→[介護事業](#)

→[介護保険サービス事業所についての情報](#)

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/jigyo/jigyosha/jigyojouho.html>

(2) 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス

☆堺市ホームページ

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[高齢者福祉](#)→[高齢者向け入所施設・住宅](#)

→[養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス](#)

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/shisetsu/7105502021117122517702.html>

(3) 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅

☆堺市ホームページ（堺市内有料老人ホーム一覧）

トップページ→健康・福祉→福祉・介護→高齢者福祉→高齢者向け入所施設・住宅
→有料老人ホーム

https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/shisetsu/yuryo_rojin/index.html

☆『サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム』ホームページ

<https://www.satsuki-jutaku.jp/index.php>

(4) 地域密着型サービス（グループホーム、地域密着型介護老人福祉施設）

☆堺市ホームページ（認知症対応型共同生活介護事業所一覧）

トップページ→健康・福祉→福祉・介護→高齢者福祉→事業所向け情報→介護事業→
介護保険施設・地域密着型サービス事業→地域密着型サービス事業関係

http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/jigyo/jigyosha/service_jigyou/chiikiservice/index.html

9. 権利擁護（成年後見制度・日常生活自立支援事業）

権利擁護とは、認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が十分ではない方々などの権利の代弁・弁護を行い、安心して生活できるよう支援することです。権利擁護を推進するため、成年後見制度による支援や日常生活自立支援事業の利用等があります。

◇ ◇ ◇堺市権利擁護サポートセンター、日常生活自立支援事業の
詳細については下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

○堺市権利擁護サポートセンター

認知症や知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分ではない方などの生活上の権利侵害や財産管理に関する法的な問題、成年後見制度の利用などの相談・支援を行うほか、市民後見人の養成・支援、権利擁護に関する広報・啓発・研修などを行います。

☆堺市社会福祉協議会ホームページ（堺市権利擁護サポートセンター）

トップページ→堺市権利擁護サポートセンター

<http://www.sakai-syakyo.net/kenriyougo/>

○日常生活自立支援事業

認知症、知的障害、精神障害などにより判断能力が十分ではない方が、自立して地域生活を営むことができるように、福祉サービスの利用援助、日常的な金銭管理、書類等の預かりサービスなどを行います。

☆堺市社会福祉協議会ホームページ（日常生活自立支援事業）

[トップページ](#)→[日常生活自立支援事業](#)

<http://www.sakai-syakyo.net/contents/jiritsushien/>

10. 障害福祉

堺市では「相談の窓口」「手帳の申請に関すること」「医療費助成について」など様々な障害福祉に関する情報が記載された『障害福祉のしおり』が作成されています。高齢者においても利用できる制度や事業がありますが、個別のケースについては担当窓口へご相談ください。

◇ ◇ ◇障害福祉に関する詳しい内容については

下記のホームページに掲載されています◇ ◇ ◇

☆堺市ホームページ

[トップページ](#)→[健康・福祉](#)→[福祉・介護](#)→[障害福祉](#)→[障害福祉のしおり](#)

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/shiori/shiori/index.html>

付 録

様 式 集

様式集目次

- ①ケアマネジャー相談シート
- ②堺市介護保険要介護・要支援認定申請書
- ③主治医意見書問診票
- ④-1 堺市居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（甲）
- ④-2 堺市居宅サービス・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（乙）
- ⑤介護保険 要介護・要支援認定にかかる資料提供依頼書
- ⑥指定（介護予防）福祉用具貸与理由書
- ⑦-1 堺市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- ⑦-2 堺市介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書兼同意書
- ⑧-1 堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
- ⑧-2 堺市介護保険住宅改修費受領委任払承認申請書兼同意書
- ⑧-3 堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修理由書（P.1）（P.2）
- ⑨堺市介護保険負担限度額認定申請書・同意書
- ⑩-1 堺市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（甲）
- ⑩-2 堺市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（乙）
- ⑩-3 堺市介護保険口座振込依頼書
- ⑩-4 誓約書
- ⑪-1 堺市社会福祉法人による利用者負担軽減対象確認申請書
- ⑪-2 収入・資産等申告書
- ⑪-3 調査の同意書

◇◇◇各様式は下記ホームページか担当窓口で入手できます◇◇◇

①<堺市社会福祉協議会ホームページ>

トップページ→基幹型包括支援センター
→ケアマネジャーのための情報ガイド・相談シート→ケアマネジャー相談シート様式

http://www.sakai-syakyo.net/contents/houkatsu_shien/index.html

②・④-1・④-2・⑦-1・⑦-2・⑧-1・⑧-2・⑧-3・⑨・⑩-1・⑩-2・⑩-3・⑩-4・⑪-1・⑪-2・⑪-3

<堺市ホームページ>

トップページ→便利情報→申請書ダウンロード→申請書ダウンロード（市民の方へ）
→目的別検索→健康・福祉→介護

http://www.city.sakai.lg.jp/benri/download/download_shimin/mokuteki/kenko/kaigohoken/index.html

⑤・⑥<堺市ホームページ>

トップページ→便利情報→申請書ダウンロード→申請書ダウンロード（企業の方へ）
→目的別検索→健康・福祉→介護

http://www.city.sakai.lg.jp/benri/download/download_kigyo/mokuteki/kenko/kaigo/index.html

③<堺市医師会ホームページ>

トップページ→医療関係者の皆様へ→主治医意見書問診票

<http://www2.dfserver.jp/html/nintei.html>

送信日：令和 年 月 日

居宅介護支援事業所名	ケアマネジャー	連絡先



_____ 包括支援センター	FAX：
----------------	------

ケアマネジャー相談シート

気になること

<input type="checkbox"/> 制度について（介護保険・障害・医療）	<input type="checkbox"/> 認知症について
<input type="checkbox"/> 社会資源について	<input type="checkbox"/> 経済的困窮
<input type="checkbox"/> どこに相談すればいいかわからない	<input type="checkbox"/> ゴミがあふれ生活環境が悪化している
<input type="checkbox"/> 身寄りがない	<input type="checkbox"/> 医療との連携
<input type="checkbox"/> 利用者の家族に関すること	<input type="checkbox"/> 必要なサービスを導入できない
<input type="checkbox"/> 暴言・暴力を伴う（CMやサービス事業所に対するものも含む）	
<input type="checkbox"/> 精神障害について	
<input type="checkbox"/> その他	

希望すること

<input type="checkbox"/> 知っておいてほしい	<input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい	<input type="checkbox"/> カンファレンスを開きたい
<input type="checkbox"/> 訪問してほしい	<input type="checkbox"/> 情報がほしい	
<input type="checkbox"/> その他		

利用者情報	年齢	歳	性別	男・女					
	住所	堺区	中区	東区	西区	南区	北区	美原区	他市
	認定情報	未申請・非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5・申請中							

堺市介護保険要介護・要支援認定申請書

(□新規・□更新・□区分変更)

受付 入力 転入(月日) 保険証押印 済 未

堺市長 殿

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者番号 個人番号 医療保険者名 フリガナ 氏名 住所 通知等送付先 現在の要介護等状態区分 区分変更申請の理由 訪問調査先について 訪問調査について

提出代行者申請代理人名称・氏名 住所又は所在地

((※)において、提出代行者・申請代理人(法人にあっては、その代表者)が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

主治医 主治医の氏名 医療機関名 医療機関所在地

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名

- 上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、堺市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。
更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超えるとときであっても、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

本人氏名 (*)

((※)において、被保険者(本人)が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

介護保険の要介護認定・要支援認定を申請される方へ(問診票記入のお願い)

- この問診票は、介護保険の要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものです。日頃のご様子や状態をわかる範囲でお答えください。
 - 質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。わかる質問のみご記入のうえ、できるだけ早く主治医(かかりつけ医)にご提出ください。
 - 必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。
 - 問診票に記載のある個人情報については、介護保険・主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。
- 大阪府・大阪府医師会

主治医意見書問診票

記入日 年 月 日

わかる質問のみご記入ください。質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。□には、レ印をお願いします。

<small>しんせいしや ほんにん</small> 申請者本人(認定を受けられる方)のお名前		問診票を書いていた方のお名前 (申請者本人の場合は記入不要です)	
ふりがな		ふりがな	
氏名 (□男 □女)		氏名	
生年月日 明・大・昭 年 月 日生		本人との続柄 □夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他()	
電 話 - -		電 話 - -	
同居家族の有無	□同居なし ・ □同居あり → □夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他()		
ケアプランを依頼しているところがあればご記入ください	事業所名	電 話	- -

今回の介護保険申請について教えてください。 (更新・区分変更の場合は、現在の介護度を○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 ↓ 現在の介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの進行 <input type="checkbox"/> その他()
現在、他に治療を受けている病院・診療所はありますか？	病院・診療所名 () ()
診 療 科 目(わかれば記入ください)	
<input type="checkbox"/> <small>ないか</small> 内科 <input type="checkbox"/> <small>せいしんか</small> 精神科 <input type="checkbox"/> <small>げか</small> 外科 <input type="checkbox"/> <small>せいけいげか</small> 整形外科 <input type="checkbox"/> <small>のうしんけいげか</small> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> <small>ひふか</small> 皮膚科 <input type="checkbox"/> <small>ひにようきか</small> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> <small>ふじんか</small> 婦人科 <input type="checkbox"/> <small>がんか</small> 眼科 <input type="checkbox"/> <small>じびいんこうか</small> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> <small>りはびりてーしょんか</small> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> <small>しか</small> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()科	

1 傷病について

主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？ (わかれば記入ください)	原因の傷病名 おおよその年月だけでも構いません いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()
上記のほかに、今までにかかった大きな病気などについて記入してください。	おおよその年月だけでも構いません いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()
病気の名前(例えば、骨折、心臓発作(しんぞうほっさ)、喘息(ぜんそく)など)、手術をしたかどうかなど	いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()

次の3-(1)、3-(2)、3-(3)、3-(4)の質問は、物忘れの程度などを判断するうえでの重要な内容です。答えられる範囲でご記入ください。

3-(1) 日常生活の状態について

日常生活の状態についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。

<input type="checkbox"/>	からだの不自由さはありません。	
<input type="checkbox"/>	少しからだは不自由ですが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できます。	
<input type="checkbox"/>	1. 電車、バスを利用して出かけることができます。	J1
<input type="checkbox"/>	2. となり近所へなら外出できます。	J2
<input type="checkbox"/>	家の中では、おおむね自立していますが、一人では外出できません。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中はベッド・布団(ふとん)から出て生活し、誰かと一緒にであれば外出できます。	A1
<input type="checkbox"/>	2. 日中も寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出しません。	A2
<input type="checkbox"/>	家の中の生活でも誰かの手助けが必要で、ベッドの上で過ごす時間は長いものの座ることができます。	
<input type="checkbox"/>	1. 自ら車椅子(くるまいす)に乗り、食事、排泄(はいせつ)はベッドから離れて行きます。	B1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと車椅子(くるまいす)に乗ることができません。	B2
<input type="checkbox"/>	一日中ベッドの上で生活し、食事、排泄(はいせつ)、着替えの時に手助けがいらいます。	
<input type="checkbox"/>	1. 自分の力で、寝返(ねがえ)りをうつことができます。	C1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと、寝返(ねがえ)りもできません。	C2

物忘れの程度についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。

<input type="checkbox"/>	物忘れはありません。	
<input type="checkbox"/>	少し物忘れがありますが、日常生活は、ほぼ自立して生活しています。	I
<input type="checkbox"/>	物忘れが多少進んでいますが、誰かが注意しておれば、生活できます。	
<input type="checkbox"/>	1. たびたび道に迷い、お金の計算や買い物にミスが目立ちます。	II a
<input type="checkbox"/>	2. 薬の飲み方を間違えたりします。一人で電話番号(でんわばん)や留守番(るすばん)はできません。	II b
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障をきたすような症状や行いが時々みられ、思っていることが伝わらず、介護が必要です。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中を中心として、時々、日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。 (例) 着替え、食事、排便(はいべん)、排尿(はいによう)が上手にできないか、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊(はいかい)、失禁(しっकिन)、大声、奇声をあげる、火の不始末(ふしまつ)、不潔行為(ふけつこうい)、性的異常行為等がある。	III a
<input type="checkbox"/>	2. 夜間を中心として、時々、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。	III b
<input type="checkbox"/>	日中も夜間も、頻繁(ひんぱん)に、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られ、常に介護が必要です。	IV
<input type="checkbox"/>	専門的医療(せんもんてきいりよう)を必要とする著(いちじる)しい精神症状や困った行動、重篤(じゅうとく)な身体疾患(しんたいしっかん)が見られます。	M

3-(2) 理解や記憶について

つい先程のことをすぐ忘れてしまうことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
日常生活で、物事を自分で決める(判断する)ことができますか？	<input type="checkbox"/> 決めることができる <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)以外は多少の困難がある <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)にも見守りが必要 <input type="checkbox"/> 決めることがほとんどできない
自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたいは伝えられるが多少の困難がある <input type="checkbox"/> 時々は伝えられるが飲食・排泄(はいせつ)など基本的なことに限られる <input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない

3-(3) 日常生活で困っている行動について

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
2	実際にはなかった事をあったように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
4	今までになかったような暴言(ぼうげん)をはくことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
5	介護者に暴行(ぼうこう)を加えることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
6	介護に抵抗(ていこう)または拒否(きよひ)することがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
7	外出して帰れなくなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
8	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末(ふしまつ)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
9	排便(はいべん)後などに、便や尿に触(さわ)ったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
10	本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
11	まわりが迷惑するような性的な行動がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
1から11までの質問の他に困っている行動がありますか？		<input type="checkbox"/> ある ()	<input type="checkbox"/> ない

3-(4) 精神・神経症状について

精神科(せいしんか)・神経科(しんけいか)・心療内科(しんりょうないか)にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> かかっている <input type="checkbox"/> かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	

3-(5) 身体の状態について

利き腕(ききうで)はどちらですか？	<input type="checkbox"/> 右利き	<input type="checkbox"/> 左利き
身長と体重は？(測(はか)れないときはおおよそで結構です)	身長	cm 体重 kg
最近6ヶ月で体重の増減(ぞうげん)がありますか？	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減った
手・足・指等に欠損(けっそん)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足やその他で麻痺(まひ)しているところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足やその他で筋力(きんりょく)の低下がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足の関節部(かんせつぶ)で硬くなって動きにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足の関節部(かんせつぶ)で痛いところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足のふるえなど、自分の意思ではない体の動きがありますか？ (例えば、手の指がふるえる、顔面(がめん)がけいれんするなど)	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚(ひふ)の病気がありますか？ (例えば、体にかゆいところがあるなど)	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない

4-(1) 移動について

屋外(おくがい)を歩行できますか？	<input type="checkbox"/> 歩行できる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 歩行できない
車いすを使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用していて自分で操作できる <input type="checkbox"/> 使用していて介助がいる
杖(つえ)、歩行器(ほこうき)、シルバーカーなどの歩行補助具(ほこうほじょぐ)や装具(そうぐ)を使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 屋外で使用している <input type="checkbox"/> 屋内で使用している

4-(2) 栄養・食生活について

食事は自分一人ですみますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない
現在の栄養状態(えいようじょうたい)は良好ですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
入れ歯を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分で歯みがきができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

4-(3) 現在の身体状況について

便や尿をもらすことがありますか？ (便意(べんい)や尿意(にょうい)がわからないことがありますか？)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
よく転んだりしますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
移動する力は低下していますか？	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> やや維持 <input type="checkbox"/> 低下
床ずれ(じょくそう)はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
息が苦しくなることはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
外出せず一人で過ごすことが多いですか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
意欲(いよく)の低下がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
あてもなく歩き回るようなことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
食欲不振(しょくよくふしん)がなく食事は十分取れていますか？	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない
水分補給(すいぶんほきゅう)は十分にできていますか？	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない
風邪(かぜ)などの感染症(かんせんしょう)によくかかりますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> ない
がん等によるひどい痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その他何か気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない

5 その他

その他、介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

介護保険 要介護・要支援認定にかかる資料提供依頼書

堺市長殿

依頼日：令和 年 月 日

認定資料を窓口で代理の方が受領する場合、
在職（所属）する事業者・施設を確認できるもの（社員証や名刺等）をご提示ください。

依頼者（担当者）	氏名	(※) (※)において、依頼者が自署しない場合は、記名押印してください)
	事業者・施設の名称	
	住所（事業者・施設の所在地）	
	電話番号	

私は、下記の被保険者の介護サービス計画または介護予防サービス計画の作成にあたり、要介護・要支援認定にかかる資料の提供を依頼します。

なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で適正に管理することを誓約します。また、私は、依頼書の記載事業者・施設に在職していることに相違ありません。

これに違反した場合は、以後の資料提供が受けられなくなることを了承します。

No.	被保険者番号/被保険者氏名	依頼する提供資料	市確認欄
1		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出 本人同意 医師同意
2		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出 本人同意 医師同意
3		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出 本人同意 医師同意
4		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出 本人同意 医師同意

※認定結果の提供に際しては、認定結果を「確認できない理由」を確認します。

遵守事項

1. 秘密保持

提供された情報を、正当な理由なく他に知らせ、又は不当な目的に使用しません。

また、提供された情報の秘密保持及び保護保管については、最善の管理体制をもって厳重に管理します。

2. 目的外の使用

提供された情報を、介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用する場合は、本人の同意を得るなど、適法かつ公正な手段によって行います。また、提供された情報を、介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用したことによって発生するすべての事象についての責任を負います。

3. 提供された情報の処分

提供された情報は、業務終了後速やかに、かつ適切に処分します。

4. 前3項に違反した場合における情報提供の停止及び損害賠償義務

前3項に違反した場合、情報の提供を停止され、その事実及び経過について公表されても、一切異議申立てしません。また、前3項に違反したことにより、堺市又は第三者に損害を与えたときは、他者の責に帰すべき場合を除き、その損害を賠償する責に任じます。

市確認欄	受付番号	受付者/点検者	交付物の受領者 <input type="checkbox"/> 交付不可	備考
				<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 代理人（氏名： ） 代理人： <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 名刺 <input type="checkbox"/>

※市確認欄には何も記入しないでください。

【令和5年1月改訂】

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

堺市長殿

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり届出します。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名

代表者名 (担当者名)

() 地域包括支援センター (確認者名)

Table with 2 columns: 被保険者番号, 被保険者氏名, 住所, 生年月日, 要介護度等, 認定有効期間, 認定調査実施日.

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

Table with 2 columns: 特殊寝台及び特殊寝台付属品, 移動用リフト, 床ずれ防止用具及び体位変換器, 自動排泄処理装置, 認知症老人徘徊感知機器.

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

Table with 2 columns: 医師の医学的所見, 主治医名, 医療機関名, 医師の医学的所見の確認方法, 例外的貸与基準の該当性, 原因となる疾病等, 当該利用者の具体的状態像.

家族による介護・ 支援の状況	
サービス担当者会 議の意見	【サービス担当者会議開催日】 年 月 日
	【ケアプラン作成担当者】 氏 名 () 所属事業所名 () (注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先 のケアマネジャーについて記載すること。
	【サービス担当者会議出席者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 (サービス種別 :) <input type="checkbox"/> その他 ()
	【福祉用具専門相談員の意見】 福祉用具専門相談員氏名 () 指定福祉用具貸与事業所名 ()
	【サービス担当者の意見の要約】
主治医から得た情報やサー ビス担当者会議等の結果を 踏まえたケアプラン作成担 当者の意見	
貸与開始予定年月	年 月 から

【市確認欄】

確認年月日	年 月 日
確認印	

- (注) 1. 本理由書は、認定の更新、要支援・要介護状態区分又は居宅介護（介護予防）支援事業者の変更があつた場合には、再度作成し提出すること。
 2. 本理由書は、市長に提出するとともに、その写しをサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護（介護予防）支援事業所において保管しておくこと。
 3. 本理由書は、原則的にサービス提供月の前月末までに提出すること。
 4. 堺市からの求めがあつた場合は、居宅（介護予防）サービス計画の一部を提出すること。

堺市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号		2	7	1	4	0	3
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日									
住所	電話番号									
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売事業者番号				購入(予定)金額	購入(予定)日			
		販売事業者名								
										年
										月 日
										年
										月 日
										年
										月 日
福祉用具が 必要な理由										
<p>堺市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 (※)</p> <p>電話番号</p> <p>(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>										

注意

- 1 領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 2 受領委任をする場合は、見積書を添付してください。
- 3 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、別紙(様式は自由)に記載してください。

※ 受領委任払を希望される方は裏面の「堺市介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書兼同意書」も記入してください。

堺市介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書兼同意書

堺市長 殿

介護保険福祉用具購入費の受領について、下欄の事業者に委任し、その承認を受けたいので、堺市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払に関する要綱第3条第1項の規定により申請します。

なお、審査の結果、不承認となった場合は、償還払となることを承諾します。

年 月 日 申請者住所 _____

申請者氏名 _____ (※)

※申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

堺市長 殿

堺市から支給される上記被保険者に係る介護保険福祉用具購入費を被保険者の委任を受けて受領することに同意します。

あわせて被保険者の事情によっては、受領委任払の承認が取り消される場合があることに同意します。

年 月 日 受領受任者
所在地

事業者(所)名

代表者氏名

(電話番号: _____)

備考 承認の条件は、介護保険料の滞納がなく、かつ、給付制限を受けていないこと。

堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ		保険者番号		2	7	1	4	0	3
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	〒 電話番号								
住宅の所有者	(本人との続柄)								
改修の内容並びにその箇所及び規模			施工事業者						
<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床・通路面の材料変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への取替え <input type="checkbox"/> その他付帯工事			着工予定日	年 月 日					
			完成予定日	年 月 日					
			改修費用 予定額	円					
			支給申請 予定額	円					
<p>堺市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (※)</p> <p>電話番号</p> <p>(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>									

注意

- 1 介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、改修箇所の見取図、改修前の写真及び工事費見積書を添付してください。
- 2 改修を行う住宅の所有者が申請者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。
- 3 改修終了後、堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修完了届を提出する際に、領収証、工事費内訳書及び改修前後の写真を必ず提出してください。提出がない場合は、一切支給できなくなります。
- 4 改修内容又は額が変更になった場合は、届け出てください。届出がない場合は、支給できなくなることがあります。
- 5 住宅改修費の支給に当たって必要がある場合には、事前及び事後に調査を行う場合があります。

※ 受領委任払を希望される方は裏面の「堺市介護保険住宅改修費受領委任払承認申請書 兼同意書」も記入してください。

堺市介護保険住宅改修費受領委任払承認申請書兼同意書

堺市長 殿

介護保険住宅改修費の受領について、下欄の事業者に委任し、その承認を受けた
いので、堺市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の受領委任払に関する要綱
第3条第2項の規定により申請します。

なお、審査の結果、不承認となった場合は、償還払となることを承諾します。

年 月 日 申請者住所 _____

申請者氏名 _____ (※)

※申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

堺市長 殿

堺市から支給される上記被保険者に係る介護保険住宅改修費を被保険者の委任
を受けて受領することに同意します。

あわせて被保険者の事情によっては、受領委任払の承認が取り消される場合がある
ことに同意します。

年 月 日 受領受任者

所在地

事業者(所)名

代表者氏名

(電話番号: _____)

様式第43号 (第37条関係)

堺市介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修理由書
(P1)

<基本情報>

利用者	被保険者番号	被保険者氏名	要介護
要介護認定 (該当するものに ○印を記入)	要支援 1・2	1・2・3・4・5	
住所			

作成者	現地確認日	平成 令和	年月日	作成日	平成 令和	年月日
	所属事業所					
	介護支援専門員番号 (作成者が介護支援 資格専門員でないとき)					
	氏名					
	連絡先					

<総合的状況>

利用の身体状況	福祉用具の利用状況と 住宅改修後の想定		改修前	改修後
介護状況			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により、利 用者等は日常生活を どう変えたか	<ul style="list-style-type: none"> ●車いす ●特殊寝台 ●床ずれ防止用具 ●体位変換器 ●手すり ●スロープ ●歩行器 ●歩行補助つえ ●認知症老人徘徊感知機器 ●移動用リフト ●腰掛便座 ●特殊尿器 ●入浴補助用具 ●簡易浴槽 ●その他 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

住宅改修が必要な理由書

(P 2)

< P 1 の「総合的状況」を踏まえて、①改善をしようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。 >

活動	① 改善をしようとしている生活動作	② ①の具体的な困難な状況 (・・・なので、・・・で困っている)を記入してください	③ 改修の方針 (・・・する事で・・・が改善できる)を記入してください 改修の方針 (・・・することによって、期待効果をチェックした上で、・・・が改善できる)を記入してください	④ 改修項目 (改修箇所)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り (移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排便時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 <input type="checkbox"/> その他
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動 (立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 <input type="checkbox"/> (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入 (立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	

〔R5〕

ご注意！

- ・裏面の「同意書」に必ず記入してください。
- ※同意書の記入がない場合は、申請書を受け付けできません。
- ・「預貯金等の額がわかる書類」も忘れずに添付してください。
- ・遺族年金、障害年金を受給している場合は、申告欄に○をしてください。
- ・個人番号が分からない等の場合は、個人番号欄が空白でも受け付けます。

様式第54号(第43条の2関係)

堺市介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

堺市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

なお、この申請の決定に際し、私（被保険者）及び私（被保険者）の家族の所得状況について市民税課税台帳により確認されることを承諾します。

また、負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも、併せて承諾します。

フリガナ			被保険者番号											
被保険者氏名	(※) (申請者が自署しない場合は、記名押印してください。)		個人番号											
			生年月日	年			月			日				
住所	電話番号													
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	電話番号													
入所(院)年月日(※)	年 月 日			(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。										
配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年			月			日			
	氏名			個人番号										
	住所	電話番号												
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)													
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○をしてください。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。												
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○をしてください。)												
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○をしてください。)												
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。												
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む。)	() ※			円					
申請者が被保険者本人の場合には、下記は、記入不要です。														
申請者氏名				日中連絡がつく電話番号(自宅・勤務先)										
申請者住所				本人との関係										

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

堺市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めらることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>
住所

氏名 (※)

<配偶者>
住所

氏名 (※)

((※) において、本人又は配偶者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。)

【同意書記入の際は以下にご注意ください】

- ・本人欄には被保険者氏名を、配偶者欄には被保険者の配偶者氏名をご記入ください。
- ・氏名を本人(及び配偶者)が自署した場合は、押印を省略することができます。
- ・家族の方等が代筆された場合は、本人(及び配偶者)氏名をご記入の上、本人(及び配偶者)の印鑑で押印が必要です。

様式第52号(甲)(第43条関係)

堺市介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書
(年 月)

フリガナ		被保険者氏名		保険者番号					2	7	1	4	0	3
				被保険者番号										
				個人番号										
生年月日		年 月 日												
住 所		〒		電話番号										
		氏 名		生年月日		介護保険の被保険者の場合は、 その被保険者番号								
						個人番号								
世帯構成	世帯主													
	世帯員													
<p>堺市長 殿</p> <p>上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>なお、この申請の決定に際し、私(被保険者)及び私(被保険者)の家族の所得状況について市民税課税台帳により確認されることを承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者(被保険者) 住 所</p> <p>氏 名 (※)</p> <p>電 話 番 号</p> <p>(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>														

注意

- 今回の支給以後、高額介護(介護予防)サービス費の支給の対象となる場合は、市長が特に指定する場合を除き、以後の申請手続は、不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 - 給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。
-
- 高額介護(介護予防)サービス費を次の口座に振り込んでください。
- (被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、別途口座振込依頼書が必要です。)

(1) 振込口座を指定する。

口座振込 依頼欄 (被保険者の 口座)	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本 店 支 店 出張所		種 目		口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金							
					2 当座預金							
					3 その他							
フリガナ												
口座名義人												

口座振込依頼欄には、被保険者名義の口座を記入してください。

(2) 公金受取口座を利用する。(この場合は、上記の口座振込依頼欄への記入は、不要です。)

- ※マイナポータルにおいて、あらかじめ公金受取口座を登録し、その口座に振込みを希望される場合は、□にレ印を記入してください。
- ※公金受取口座の変更又は登録抹消を行うと、反映までに一定の期間を要しますので、御希望の口座に振り込めない場合があります。
- ※公金受取口座の変更又は登録抹消を行った場合は、速やかに堺市(お住まいの区の地域福祉課)に御連絡ください。

堺市介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書
(年 月)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		2 7 1 4 0 3									
	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	年 月 日											
住 所	〒											
	氏 名	生年月日	電話番号									
			介護保険の被保険者の場合は、その被保険者番号 個人番号									
世帯構成	世帯主											
	世帯員											
堺市長 殿 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 なお、この申請の決定に際し、私(被保険者)及び私(被保険者)の家族の所得状況について市民税課税台帳により確認されることを承諾します。 年 月 日 申請者(被保険者) 住 所 氏 名 (※) 電話番号 (申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)												

注意 給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護(介護予防)サービス費を次の口座に振り込んでください。

(被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、別途口座振込依頼書が必要です。)

(1) 振込口座を指定する。

口座振込 依頼欄 (被保険者 の口座)	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金								
			2 当座預金								
			3 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										

口座振込依頼欄には、被保険者名義の口座を記入してください。

(2) 公金受取口座を利用する。(この場合は、上記の口座振込依頼欄への記入は、不要です。)

※マイナポータルにおいて、あらかじめ公金受取口座を登録し、その口座に振込みを希望される場合は、
□にレ印を記入してください。

※公金受取口座の変更又は登録抹消を行うと、反映までに一定の期間を要しますので、御希望の口座に振り込めない場合があります。

※公金受取口座の変更又は登録抹消を行った場合は、速やかに堺市(お住まいの区の地域福祉課)に御連絡ください。

堺市介護保険口座振込依頼書

フリガナ		保険者番号		2	7	1	4	0	3
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	〒 電話番号								

堺市長 殿
この度申請しました

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
 居宅介護(介護予防)住宅改修費
 その他()

下記の口座に振り込んでください。
 その受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

申請者 (本人) 住所 〒
氏名 (※)
電話番号

*申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
 居宅介護(介護予防)住宅改修費
 その他()

に係る、振り込んでください。 について、下記の口座に

令和 年 月 日

上記申請者(本人)に係る代理人
住所 〒
氏名 (※)
電話番号

*代理人が自署しない場合は、記名押印をしてください。

(1) 振込口座を指定する。

口座振込 指定口座	銀行・農協 信用金 信用組	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

(2) 公金受取口座を利用する。 (この場合は、上記の口座振込指定口座欄への記入は、不要です。)

フリガナ		個人番号							
口座名義人									

※マイナポータルにおいて、あらかじめ公金受取口座を登録し、その口座に振込みを希望される場合は、□にレ印を記入してください。
 ※公金受取口座の変更又は登録抹消を行うと、反映までに一定の期間を要しますので、ご希望の口座に振り込めない場合があります。
 ※公金受取口座の変更又は登録抹消を行った場合は、速やかに堺市(お届けの区の地域福祉課)に御連絡ください。

誓 約 書

被保険者であった_____の令和 年 月分～

令和 年 月分にかかる高額介護サービス費の受領に関しては、
私が代表相続人として一切の責任を負い、貴市にはご迷惑はおかけ
しません。

令和 年 月 日

堺 市 長 様

住所 _____

代表相続人 _____ 印

本人との続柄 _____

堺市社会福祉法人による利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日生		
住 所	郵便番号		
	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけて ください。
世帯 構 成	世帯主		
	世帯員		
<p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担の軽減対象の確認を受けたいので、堺市社会福祉法人介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱第8項第1号の規定により、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>堺市長 殿</p> <p>申請者 (申請代理人) 氏 名 (※)</p> <p>住 所</p> <p>電話番号</p> <p>(申請者(申請代理人)が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>			
(代理申請時使用欄)			
<p>上記申請代理人に申請行為を委任します。 本人氏名 (※)</p> <p>(本人が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>			

収入・資産等申告書

堺市長殿

年 月 日

住所

次のとおり私及び私の世帯の収入、資産等を申告します。

氏名

(※)

(注)本人が自署しない場合は、記名押印をしてください。

1 世帯の収入

	氏名	収入の種類	収入年額
有・無			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円

2 控除対象経費

	氏名	経費の種類	経費年額
有・無		自営に伴う仕入れ代、通勤費、託児費	円
		社会保険料(健康保険料、雇用保険料、介護保険料、国民年金、厚生年金等の保険料)	円
		医療費の本人負担額	円
		介護保険の利用料	円
		自営に伴う仕入れ代、通勤費、託児費	円
		社会保険料(健康保険料、雇用保険料、介護保険料、国民年金、厚生年金等の保険料)	円
		医療費の本人負担額	円
		介護保険の利用料	円
		自営に伴う仕入れ代、通勤費、託児費	円
		社会保険料(健康保険料、雇用保険料、介護保険料、国民年金、厚生年金等の保険料)	円
		医療費の本人負担額	円
		介護保険の利用料	円

3 世帯の預貯金等の状況

区分	有無	内容			
		預貯金先	口座番号	口座名義	預貯金額
預貯金 (銀行・郵便局等)	<input type="checkbox"/> 有				円
	<input type="checkbox"/> 無				円
					円
株券、国債等	<input type="checkbox"/> 有	種類	額面	評価概算額	円
	<input type="checkbox"/> 無				円

4 私の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税または個人市町村民税の扶養控除において、
- 扶養親族となっている。
 - 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
- 被扶養者となっている。
 - 被扶養者となっていない。

5 私の世帯の資産状況

- 居住用以外に処分可能な土地又は家屋を
- 所有している。
 - 所有していない。

(注) 記入に当たっては、裏面の注意をよくお読みください。

堺 市 長 殿

調査の同意書

介護保険利用者負担軽減額の決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私等」という。）の資産及び収入の状況につき、貴市が官公署に調査を嘱託し、又は銀行、信託会社、私若しくは私の世帯員の雇い主その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、貴市の調査の嘱託又は報告の要求に対し、官公署又は銀行等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署又は銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____ (※)

<世帯員>

住所 _____

氏名 _____ (※)

住所 _____

氏名 _____ (※)

住所 _____

氏名 _____ (※)

住所 _____

氏名 _____ (※)

(本人又は世帯員が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

改 訂 履 歴

○ 改訂月 平成 27 年 9 月

ページ	変更前	変更後	変更理由
P.2	北第 1 地域包括支援センター 北区新堀町 1-76-1 (アイリス堺正風内) TEL 246-9595 FAX 246-9596 東浅香山・新浅香山 五箇荘・五箇荘東	北第 1 地域包括支援センター 北区北花田町 3-28-1 (今井ビル) TEL 240-0120 FAX 240-0121 東浅香山・新浅香山 五箇荘・五箇荘東	堺市委託法人変更
P.7	☆堺市ホームページ参照 トップページ→健康・福祉→ 福祉・介護→介護→介護保険→ みんなで支える老後の安心「介護保 険制度」→利用料は原則「一割の定 率負担」です	☆堺市ホームページ参照 トップページ→健康・福祉→ 福祉・介護→介護→介護保険→ みんなで支え合う介護保険制度→ 介護サービスにかかる利用料	堺市ホーム ページ内容 変更
P.31	様式第 54 号(第 43 条の 2 関係) 堺市介護保険負担限度額認定 申請書	様式が変更になりました。 ※様式は P.16 からの方法で ダウンロードできます。	堺市 様式変更

○ 改訂月 平成 30 年 9 月

P.7	☆堺市社会福祉協議会ホームペ ージ参照 トップページ→ 高齢者総合相談窓口	☆堺市社会福祉協議会ホームページ参照 トップページ→基幹型包括支援センター→介護予 防・日常生活支援総合事業→手引き・様式・資料集 アドレスが変更になりました。
P.14	☆堺市社会福祉協議会ホームペ ージ参照 トップページ→ 堺市権利擁護サポートセンター	アドレスが変更になりました。
P.14	☆堺市社会福祉協議会ホームペ ージ参照 トップページ→ 日常生活自立支援事業	アドレスが変更になりました。
P.16 様式集 目次	①<堺市社会福祉協議会ホームペ ージ>(高齢者総合相談窓口) トップページ→ 高齢者総合相談窓口	<堺市社会福祉協議会ホームページ>(高齢者総合 相談窓口) トップページ→基幹型包括支援センター→介護予 防・日常生活支援総合事業→ケアマネジャーのため の情報ガイド・相談シート アドレスが変更になりました。

～～各様式の変更～～
堺市介護保険要介護・要支援認定申請書
堺市居宅サービス・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書
堺市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修理由書（P1）
堺市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修理由書（P2）
堺市介護保険負担限度額認定申請書
堺市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（様式 52 号甲）
堺市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（様式 52 号乙）
堺市社会福祉法人による利用者負担軽減対象確認申請書

○ 改訂月 令和 2 年 10 月

ページ	変更前	変更後
P.4	ケアマネジャー相談シート	7 基幹型包括支援センターと 21 地域包括支援センターの TEL・FAX 番号を記載しました
P.6	(2) 計画作成	○小規模多機能型居宅介護の「計画作成依頼（変更）届出書（乙）」を追加しました (付録 様式集にも追加しました)
P.7	☆堺市医師会ホームページ参照 トップページ→医療関係者の皆様へ→医療・介護の多職種連携マニュアル	☆堺市医師会ホームページ参照 トップページ→医療関係者の皆様へ→医療・介護の多職種連携マニュアル→共通シート及び記載例 アドレスが変更になりました
P.11	認知症家族会活動一覧 北地域介護家族の会 ポピー（認知症家族の会）	活動日等を変更しました 活動日等を変更しました
P.12	8.高齢者の住まい	「介護療養型医療施設一覧」を削除しました
P.14	10.障害福祉 ☆堺市ホームページ参照	障害福祉のしおり目次を削除しました アドレスが変更になりました

○ 改訂月 令和 5 年 11 月

ページ	変更前	変更後
P.2	堺市地域包括支援センター・基幹型	東第 1 地域相談窓口を追加しました。
P.4	包括支援センター一覧	
P.11	認知症家族会活動一覧	令和 5 年 11 月現在の情報に更新しました。
P.12	7.生活支援サービス	7.高齢者生活支援事業
P.13	8.高齢者の住まい ☆堺市ホームページ	8.高齢者の住まい ☆堺市ホームページのリンク先を変更しました。

P.16～	様式集目次・様式	様式名を一部修正しました。 旧様式を新様式に変更しました。
-------	----------	----------------------------------

ケアマネジャーのための情報ガイド（堺市版）

平成 27 年 3 月発行

平成 27 年 9 月改訂

平成 30 年 9 月改訂

令和 2 年 10 月改訂

令和 5 年 11 月改訂

編集・発行 社会福祉法人 堺市社会福祉協議会

基幹型包括支援センター

堺市堺区南瓦町 2-1

TEL 072 (238) 3636 (包括支援センター統括課)