

生活管理指導員派遣
【事業利用申請書】兼台帳

決裁	課長	課長補佐	係長	係	登録No.

申請者氏名		利用者との 続柄	
住所	〒		
電話番号			

1. 基本情報

記入日

年

月

日

フリガナ		性別		生年月日		世帯類型	
利用者氏名		男・女		年 月 日 (歳)		・独居・高齢世帯・同居・日中同居 ・敷地内の別世帯・その他()	
現住所	広川町大字		電話	自宅 :		携帯 :	
アセスメント 時連絡先	フリガナ 氏名		本人との関 係		電話番号	自宅 :	携帯 :
緊急連絡先 (申請者と 同じ <input type="checkbox"/>)	フリガナ 氏名		住所	〒			
	続柄	()	電話	-	-	(自宅・会社・携帯)	
緊急連絡先 (申請者と 同じ <input type="checkbox"/>)	フリガナ 氏名		住所	〒			
	続柄	()	電話	-	-	(自宅・会社・携帯)	

2. 申請理由とサービス利用状況等

申請理由	現在困っていること (いくつでも) <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用希望日	⇒食事回数		回/日	(外食の頻度	回/週)
	月	火	水	木	金

特記事項 (利用時の注意事項・気をつけて欲しい事など)

介護認定	未申請/申請中/非該当				
福祉手帳	<input type="checkbox"/> 身障 種 級 / <input type="checkbox"/> 精神 種 級 / <input type="checkbox"/> 知的 種 級				
災害時要援護者	<input type="checkbox"/> 同意者 <input type="checkbox"/> 非同意者 (理由) <input type="checkbox"/> 非該当者				
SOSネットワーク	<input type="checkbox"/> 登録者 <input type="checkbox"/> 非登録者		緊急通報装置	<input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 非設置者	
そのほか					

(提出先) 広川町長

上記のとおり事業の利用を申請します。なお、利用者負担金は、遅滞なく直接利用事業所に納入することを誓約します。また、見守り等支援が必要と認められるときは、本申請書内容及び利用状況等を、民生委員、地域包括支援センター及び介護サービス事業所等に提供することに同意します。

利用者氏名

(代筆者氏名)

(続柄)