

小山市高齢者在宅福祉サービス事業
(生活支援サービス事業)利用申請書

令和 年 月 日

小山市長 浅野 正富 様

受付番号

-

次のとおり高齢者在宅福祉サービスの利用を申請します。

| | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|
| 利用者 | フリガナ | | | | 大正 年 月 日生 歳 |
| | 氏名 | | | | 昭和 |
| | 住所 | | | | 電話 |
| 介護度 | 未申請(一般・二次予防)・非該当・要支援(1 2)・要介護(1 2 3 4 5) | | | | |
| 介護認定期間 | R. 年 月 日 ~ R. 年 月 日 | | | 申請中(/) | |
| 利用開始希望日 | R. 年 月 日 ※お急ぎの場合は別途ご相談ください。 | | | | |
| サービスの 内容 ※利用するものに○ | 1 | 配食 | 利用回数()回/週(週5食まで) 業者名() ※介護認定未申請および申請中・非該当の方は「基本チェックリスト」も添付ください | | |
| | 2 | 寝具洗濯乾燥消毒 | 利用回数()回/年(2回まで/年) | | |
| | 3 | 移送 | 医療機関名() <input type="checkbox"/> 乗用車・バイクを持っていない、もしくは運転ができない(該当なら☑) | | |
| | 4 | 軽度生活援助 | 援助内容 | 事業者名 | 利用回数・時間(月4時間以内) |
| | | | | ()回/月 × ()時間 ()時間/月 | |
| | | | | ()回/月 × ()時間 ()時間/月 | |
| 世帯の 状況 | 該当するものにチェックして下さい(複数チェック可)。その他の場合は、状況を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 高齢者の独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 同一地内または隣接地に高齢者以外の親族が居住 <input type="checkbox"/> その他・特記事項() | | | | |
| 緊急時の 連絡先 (必ず記入) | 氏名 | | 続柄 | | 電話 |
| | 住所 | | | | |
| 担当ケアマネ ジャー・高齢者 サポートセン ター職員 | 事業所名 | | 担当者名 | | |
| | 住所 | | 電話 | | |
| 備考 | ・移送サービス利用券は月2枚交付します。ただし、毎月25日以降に申請があった場合、翌月分からの交付となります ・申請書には、「ケアプラン」「介護予防ケアプラン」「介護予防・生活支援サービスプラン」のいずれかを添付してください | | | | |