

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 ー

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 <input checked="" type="checkbox"/>)		
	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	
		<input type="checkbox"/> 依頼予定の事業者に、内容等を事前相談済(該当なら <input checked="" type="checkbox"/>)			
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				