様式第１号（第６条関係）

訪問生活援助サービス申請書

申請日　　年　　月　　日

甲良町長　様

申請者	住　　所	
	氏　　名	
	対象者との関係	
	電話番号	

訪問生活援助サービスの給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

利用者氏名			性別	男 ・ 女	生年月日	年　　月　　日	
住　　所		甲良町大字			電話番号		
世帯の状況		ひとり暮らし　・　高齢者のみ世帯　・　昼間ひとり暮らし　・　昼間高齢者のみ世帯 その他（　　）					
介護認定		あり（要支援・要介護）　・　なし（自立・虚弱・心身の障害）					
緊急時連絡先	氏名	（関係　　）	住所		電話番号		
	氏名	（関係　　）	住所		電話番号		

申請理由（家庭の状況や心身の状況も記入してください）

下記ア～コの中から希望するサービスにしるしをして下さい。
※ただし、実施事業者がない場合は、実施できないサービスもあります。

- ☐ ア　食材の買い物・調理
- ☐ イ　寝具等大物の洗濯・日干し
- ☐ ウ　外出の援助
- ☐ エ　居室の掃除・整理
- ☐ オ　通院の付添
  - ☐ 乗降　☐ 受診手続　☐ 院内移動　☐ 通院報告（報告書を受取る者　　）
  - （通院医療機関名：　　通院方法：　　）
- ☐ カ　朗読などの援助
- ☐ キ　玄関先の軽易な除雪
- ☐ ク　台風時など自然災害への軽易な防備
- ☐ コ　その他軽易な日常生活上の援助

※しるしをしたサービスの具体的利用内容を記入してください

希望するサービスの開始時期　令和　　年　　月　　日から

このサービスを実施するため必要があるときは、申請書記載の内容、在宅介護支援センターが行った調査・確認の内容、公的介護保険の要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書の内容を、本事業の委託先、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者の関係者に提示することに同意します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（居宅介護支援専門員等記入欄）

居宅介護支援専門員等の意見		
記入者：所属	TEL	氏名