

伊豆の国市長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____

次の在宅高齢者保健等福祉推進事業の利用(変更・中止)を申請します。

※今年度希望のサービス欄に○、中止したいサービス欄に×を記入の上、必要事項を記入のこと。

事業名	年度 利用状況	年度 利用希望	備考
1. 食の自立支援事業			申請受理後、面接調査を実施
2. 家族介護用品購入費助成事業			調査個票添付
3. 緊急通報システム利用事業			管理・保管誓約書添付(新規利用希望者)
4. おはようサービス事業			
5. 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業			
6. 在宅高齢者短期保護事業			調査個票添付
7-1.はいかい者探索事業(GPS)			調査個票添付
7-2.はいかい者探索事業(見守りシール)			調査個票添付
8.ご用聞きサービス事業			調査個票添付

希望理由

1 対象者の情報

氏名	フリガナ		性別	生年月日			
住所				電話			
連絡先 緊急	氏名	対象者 との関係	住所			電話	
介護保険被保険者番号				要介護度			
主たる介護者名							
ケアマネージャー名(事業者名)							
かかりつけ医療機関名							
身障手帳の有無	有・無		障害名				

在宅福祉サービスを実施するために、必要があるときは申請内容・調査個票の情報を関係機関に知らせること、本人及び世帯員の課税状況を調査することに同意します。

本人氏名 _____

※サービスを中止する場合、本人氏名の記入は不要です。

裏面有⇒

2 対象者の世帯状況(本人のみの場合も記入)

世帯状況	氏名 (生計中心者に○)	年齢	続柄	職業	前年度の 市民税課 税の有無	氏名 (生計中心者に○)	年齢	続柄	職業	前年度の 市民税課 税の有無
生活保護受給(有・無)				対象者の前年の公的年金等収入金額 (円)						
				対象者の前年の合計所得金額 (円)						

3 利用サービスの情報

【食の自立支援事業希望者】

利用希望頻度	1週間に	回、	希望曜日(月・火・水・木・金・土)
--------	------	----	-------------------

【緊急通報システム希望者】

第1連絡先	住所	電話
	氏名	続柄
第2連絡先	住所	電話
	氏名	続柄
第3連絡先	住所	電話
	氏名	続柄
ガス供給事業所	事業所名	電話

【おはようサービス事業】

下記生活状況のうち、該当するものに○をつけてください。

- 週に3回以上、外出している(通院、仕事、趣味、デイサービス等)
- 週に3回以上、自宅に人の出入りがある(家族、友人、ペルパー等)
- 親族が同じ敷地内または近所に居住し、交流がある
- 日中ほとんど家の中で、一人の時間を過ごしている

【寝具類等洗濯乾燥消毒サービス希望者】

希望寝具類2枚まで(該当に○)	ア敷布団 イ掛け布団 ウ夏用掛け布団 エこたつ布団 オ毛布 カその他
利用希望月	ア()月頃 イ特になし

【在宅高齢者短期保護事業】

利用希望日時	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
送迎	希望する(日間) 希望しない

備考
