

別記第1号様式(第5条関係)

串本町介護予防・地域支え合い事業利用申請書

年 月 日

串本町長 殿

申請者 住所  
 氏名 ㊟  
 TEL

下記のとおり、介護予防・地域支え合い事業を利用したいので申請します。

対象者	氏名				性別		
	住所	串本町			生年月日	年 月 日	
生活保護受給の有無		有			無		
世帯状況	氏名	続柄	年齢	性別	職業・連絡先	備考	
身体状況	視力	普通・弱視・全盲		言語	普通・やや不自由・不自由		
	聴力	普通・やや難聴・難聴		その他			
	疾病	有・無 (病名: ) 通院・往診 (医院名: )					
	介護認定	介護度		年 月 日 認定			
	備考						
希望するサービス	事業名	希望事業に○	希望事業所	民生児童委員の意見			
	外出支援サービス						
	寝具類等洗濯乾燥消毒サービス						
	ホームヘルプサービス						
	デイサービス						
	ショートステイ						
	配食サービス						



別記第1号様式(第5条関係)

串本町介護予防・地域支え合い事業利用申請書

年 月 日

串本町長 殿

申請者 住所 串本町串本1800  
 氏名 串本 太郎 (印)  
 TEL 0735-62-0555

下記のとおり、介護予防・地域支え合い事業を利用したいので申請します。

対象者	氏名	串本 太郎			性別	男 性	
	住所	串本町串本1800			生年月日	X年 XX月 XX日	
生活保護受給の有無		有			無		
世帯状況	氏名	続柄	年齢	性別	職業・連絡先	備考	
身体状況	視力	普通・ <input checked="" type="radio"/> 弱視・全盲		言語	普通・ <input checked="" type="radio"/> やや不自由・不自由		
	聴力	普通・やや難聴・ <input checked="" type="radio"/> 難聴		その他			
	疾病	<input checked="" type="radio"/> 有・無 (病名: 糖尿病 )					
		<input checked="" type="radio"/> 通院・往診 (医院名: くしもと町立病院 )					
	介護認定	介護度	要介護3	XX年 XX月 XX日 認定			
備考							
希望するサービス	事業名	希望事業に○	希望事業所	民生児童委員の意見			
	外出支援サービス						
	寝具類等洗濯乾燥消毒サービス						
	ホームヘルプサービス						
	デイサービス						
	ショートステイ						
	配食サービス	<input checked="" type="radio"/>	串本社協				

