

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

平成 年 月 日

串本町長 殿

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 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		平成 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						

