様式第1号（第6条関係）

令和　年　月　日

平川市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者

氏名

平川市シルバー応援隊（訪問型サービスＢ）事業利用申請書

　平川市シルバー応援隊（訪問型サービスＢ）事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 対象者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | | | 昭和　年　月　日（　　歳) | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | |
| 住　　所 | |  | | | | | 電話 | |  | | | | | |
| 要介護度 | | | 要支援１　　　　　要支援２　　　　　事業対象者 | | | | | | | | | | | | |
| 担当の  ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ | | 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | 電話 | |  | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 氏　　名 |  | | | | | 続柄 | |  | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | 電話 | |  | | | | | |
| 生活保護の受給 | | | 有　　　　　　　無 | | | | | | | | | | | | |
| 希望するサービス | | | □　掃除　□　ゴミ出し　□　洗濯　□　ベッドメイク  □　衣類の整理　□被服の補修　□　一般的な調理　□　配下膳  □　買い物代行　□　薬の受け取り　□　代筆  □　その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況など | | | □　一人暮らし　　　　　　□　6５歳未満の同居人あり  　□　６５歳以上の同居人あり（※以下は６５歳以上の方について記入してください。）  （氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　介護度　　　　　）  （氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　介護度　　　　　） | | | | | | | | | | | | |