様式第１号（第６条関係）

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事業利用申請書

平川市シルバー応援隊事業実施要綱第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 | 年　　月　　日<br>（　　歳） | |
| | 氏　　名 | | | | |
| | 住　　所 | 平川市 | | 電話 | |
| 要介護度 | | 要支援１　　要支援２　　事業対象者 | | | |
| 担当のケアマネージャー | 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<br>□　衣類の整理　□被服の補修　□　一般的な調理　□　配下膳<br>□　買い物代行　□　薬の受け取り　□　代筆<br>□　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<br>□　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。）<br>（氏名　　続柄　　介護度　　）<br>（氏名　　続柄　　介護度　　） | | | |