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　　　　　） |