様式第１号（第６条関係）

（表）

年　　月　　日

西海市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

西海市長　様

　　　西海市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者（申請者） | ふりがな |  | 生年月日 | 　年 　 月 　 日 | 性別 |  |
| 氏名 | ㊞ |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 認定区分 | 事業対象者　　・　　要支援１　　・　　要支援２　　・　　申請中 |
| 世帯構成 | １人暮らし　・　高齢者世帯　・　その他（　　　　　　　　　　　） |

※利用者以外の方が記入する場合にご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

※利用したいサービスに○を付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　通所型サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　訪問型サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望曜日 | 月・火・水・木・金・土・日 | 時間帯 | 午前・午後 |

３　その他の生活支援サービス配食サービス

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月曜 | 火曜 | 水曜 | 木曜 | 金曜 | 土曜 | 日曜 |
| 昼食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕食 |  |  |  |  |  |  |  |

 |

※サービス利用にあたり緊急時対応のため把握しておく必要がありますのでご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 | 続　柄 | 電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| かかりつけ医療機関 |  | 主治医 |  |
| 治療中の疾患名 |  |

申請にあたり、下記のことについて誓約します。

１　私は、西海市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定める遵守事項を理解し、これに従い、自らの意志で事業を利用します。

２　この事業で得られた個人に関する情報を統計処理することに同意します。

３　この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提供することを了承します。

４　通所型サービスの実施施設における利用に関する規定を遵守します。

※１　添付書類：西海市地域包括支援センター（🕿37-0245）または担当の介護支援専門員にご相談ください。

＜介護サービス利用中の方＞介護サービス計画書又は介護予防サービス計画書

＜介護サービス未利用者・介護認定を受けていない方＞支援計画書（該当者のみ）

※２　その他の生活支援サービス（配食サービス）の利用を申請される方は、裏面をご記入ください。

（裏）

誓　約　書

　年　　月　　日

西　海　市　長　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、下記の注意書きを守り、西海市介護予防・日常生活支援総合事業その他の生活支援サービス（配食サービス）を申請します。下記の注意を守らない場合に起きた事故に関しては、一切私の責任とします。

記

１　配食された食事は、２時間以内に食べます。

２　食べた後の残りは処分し、弁当箱は洗います。

３　食事の前は必ず手を洗い、清潔に心がけます。

４　弁当箱の全部又は一部を破損し、又は滅失した場合は、速やかに市長に状況を報告し、その指示に従います。