様式第１号（第５条関係）

老人福祉対策事業利用(変更)申請書

　　　年　　　月　　　日

　高梁市長　　　　様

申請者　住所

氏名

次のとおりサービスを利用したいので、高梁市老人福祉対策事業実施要綱第5条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者住所  氏　名　等 | 高梁市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生(　　歳) | | | | | | | 男・女 | |
| 利用(変更)を希望する理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 | 無　・　有 | | | 障害種別　（　身体　・　知的　・　精神　・難病等　）  手帳の等級等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | □ひとり暮らし | | | | | | 高齢者　・　障害者　・　その他 | | | | | | | | | | | |
| □高齢者世帯  □障害者世帯 | | | | | 同　居　者 | 氏　　名 | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 障害種別  ※障害者世帯の場合のみ | | | | 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 難病等 | | | | | | | |
| 希望するサービスの内容・援助の程度  (1～2の必要なサービスに○を付け、必要事項を記入してください。) | １　軽度生活援助事業(次のアからオまでの必要なサービスに○) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア　買物援助  イ　外出時の援助  ウ　庭等家周りの手入れ  エ　家屋等の軽微な修繕  オ　その他(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | 回数 | 1月当たり　　　　回  （上限2回/月） | | | | |
| 時間 | 1回当たり　　　時間  （上限2時間/回) | | | | |
| ２　配食サービス状況把握事業（週　　　回） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開始希望日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | ※開始日　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 家族、子、孫親戚又は緊急連絡先 | 氏　名 | | | | 続柄 | | | 住　所 | | | | | 電話番号 | | | 援助の有無 | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |  | | | 有・無 | | |
|  | | | |  | | |  | | | | |  | | | 有・無 | | |
| 審査  ※確認欄 | | | 受付(市) | | | 受理 |
|  | | |  | | |  |