

別記様式第1号(第7条関係)

大泉町高齢者居宅生活支援事業利用申請書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住 所
氏 名
利用者との続柄
電 話 番 号

大泉町高齢者居宅生活支援事業実施要綱に基づく居宅生活支援サービスの利用について、次のとおり申請します。

利用者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日(歳)
住 所	大泉町		電話
希 望 す る サ ー ビ ス	(1)デイサービス (2)ホームヘルプサービス (3)ショートステイ		
サービスを希望する理由			

1 高齢者デイサービス

希望利用回数	週 回
希望利用曜日	曜日
希 望 す る サ ー ビ ス	1 生活指導 2 日常動作訓練 3 養護 4 健康チェック 5 送迎 6 入浴サービス
通 所 の 方 法	1 一人で行く 2 家族が送迎する 3 送迎サービスを利用(自宅・指定場所)

2 高齢者ホームヘルプサービス

希望するサービス	家事援助	1 調理 2 衣類の洗濯、補修 3 住居等の掃除、整理整頓 4 生活必需品の買物 5 関係機関等との連絡 6 その他必要な家事()	
	相談・助言	1 生活・身上に関する相談、助言 2 住宅改良に関する相談、助言 3 その他必要な相談、助言()	
	その他	1 安否確認 2 その他()	
希望するサービス時間	1週間当たりの派遣回数		回
	希望する曜日		曜日
	1回当たりの派遣時間		時間

3 高齢者ショートステイ

希望する利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) 午前 ・ 午後 午前 ・ 午後
入所中の連絡先	住所 氏名 電話

地区民生委員氏名	
----------	--

(注) サービスの提供に当たり必要なときは、健康診断書を添付してください。