第１号様式（第６条関係）

平成　　　年　　　月　　　日

地域支援事業利用申請書

（あて先）長崎市長

地域支援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 |  | 性　別 | 男　　女 |
| 氏名 |  | 生年月日（年齢） | 明・大・昭年　 月 　日（　　歳） |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　 | 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| 利用したいサービスに○印を付してください |
| １　運動機能向上事業　　　　　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　）２　栄養改善指導事業　　　　　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　）３　口腔改善指導事業　　　　　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　）４　認知機能向上事業　　　　　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　）５　生活援助事業　　　　　　　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　）６　総合支援配食サービス事業　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　）　７　生活管理指導短期宿泊事業　　　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　）８　徘徊高齢者等家族支援事業（裏面も記入） （事業所名：　　　　　　　　　 　　）９　要支援・要介護者配食サービス事業（事業所名：　　　　　　曜日：　　　）10　緊急時訪問介護事業　（裏面も記入）　　　　　添付書類：介護サービス計画又は介護予防サービス計画・支援計画（該当者のみ） |

緊急連絡先（親族等連絡先）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 性別 | 男　・　女 | 利用者との続柄 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日（年齢） | 明・大・昭　年　月　日(　歳) |
| 住所（居住地） | 電話 |

　利用の決定又は対象者要件の確認に必要があるときは、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を、

長崎市が居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターから提供を受けることに同意します。なお、５及び

６に係る事業の申請に当たっては、介護保険予防給付における介護予防サービスを利用していないことを申し添えます。

本人氏名

利用者以外の方が記入した場合ご記入ください

記入者氏名　　　　　　　（利用者との関係：　　　　　）　電話：

緊急時訪問介護事業利用者台帳

（緊急時訪問介護事業申請の場合にご記入ください）

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な | 　　　　　　　　　　　　 |
| 利用対象者名 |  |
| 現病歴 |  |
| 既往症 |  |
| 緊急時の連絡医療機関（担当医） | 病院名：　　　　　　　　電話： | 病名： |
| 緊急時の連絡医療機関（担当医） | 病院名：　　　　　　　　電話： | 病名： |

**協力員署名欄**（ご本人の署名をお願いします）

緊急時訪問介護事業の協力員となることを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな | 利用者との続柄 | 住 　　 所 | 電話番号 |
| 氏 　　名 |
| 協 力 員 |  |  |  |  |
|  |
| 協 力 員 |  |  |  |  |
|  |
| 民生委員 |  |  |  |  |
|  |

※徘徊高齢者等家族支援事業を申請の場合はご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 性別 | 男　・　女 | 利用者との続柄 |  |
| 徘徊高齢者等の氏　　名 |  | 生年月日（年齢） | 明・大・昭　年　月　日(　歳) |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所（居住地） | 電話 |