第1号様式(第6条関係)

(表面)

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 |  | | | | | | | | | | | | 生年月日  (年齢) | 年 　月 　日  (　　歳) |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 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　短期集中型訪問サービス事業  　（栄養改善指導　口腔改善指導　リハビリテーション専門職指導）  　（事業所名：　　　　　　　　　　　　）  　（リハビリテーション専門職指導者職種　理学療法士　作業療法士）  2　短期集中型通所サービス事業　　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　）  3　総合支援配食サービス事業　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　　昼・夕）  4　徘徊高齢者等家族支援事業（裏面も記入）（事業所名：　　　　　　　　　　　）  5　要介護者配食サービス事業　　　　（事業所名：　　　　　　曜日：　　　　昼・夕）  6　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 |  | 生年月日(年齢) | 年　月　日(　歳) | 利用者との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 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。 |

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：

(裏面)

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 |  | | | | | | | | | | | | 生年月日(年齢) | 年　月　日(　歳) | 利用者との続柄 |  |
| 徘徊高齢者等の氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所(居住地) | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | |