

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												電話番号	
	住 所	〒												

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	要介護者配食サービス事業 (事業所名:)	曜日: 昼・夕	
5	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				