

様式第1号（第8条関係）

島本町街かどデイハウス事業利用申請書

年 月 日

島本町長様

申請者 住所 島本町_____

氏名 _____

電話 _____

島本町街かどデイハウス事業実施要綱第8条の規定に基づき、 年度の街かどデイハウス事業の利用について、次のとおり申請します。

なお、同要綱に基づくサービスの提供を受けるに当たり、この申請書に記載した情報を島本町から実施団体に提供することに同意するとともに、利用の決まりごとを遵守することを誓約します。

| | | | | | |
|--------------------|---------------|---|-------|-------|---------------|
| 対象者 | ふりがな 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 島本町 | | 電話 | — |
| | 要介護認定等 | <input type="checkbox"/> 自立(要介護認定で非該当と認定された者又は要介護認定等未申請の者) <input type="checkbox"/> 要介護認定又は要支援認定を受けており、住宅改修及び福祉用具以外の介護保険サービス未利用の者 <input type="checkbox"/> 基本チェックリストで事業対象者と判定された者で介護予防・生活支援サービス未利用のもの | | | |
| | 現在の健康状態 | 主な病歴 | | 投薬の有無 | |
| | | その他介護上の留意点等 | | | |
| 主治医 | 病院名 | | 医師名 | | |
| | 住所 | | 電話 | | |
| 同居の家族 (対象者を除く。) | 氏名 | 生年月日 | | 続柄 | 備考 |
| | | ・ | | | |
| | | ・ | | | |
| 利用希望日 | 週 回程度 (主に 曜日) | | 申請の種別 | 新規・継続 | |
| 備考 | | | | | |