

平川市長 様

住所  
申請者  
氏名

平川市シルバー応援隊（訪問型サービスB）事業利用申請書

平川市シルバー応援隊（訪問型サービスB）事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

		被 保 険 者 番 号									
対 象 者	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）						
	氏 名										
	住 所				電話						
要介護度		要支援1		要支援2		事業対象者					
担 当 の ケアマネジャー	事業所名										
	氏 名				電話						
緊 急 連 絡 先	氏 名				続柄						
	住 所				電話						
生活保護の受給		有		無							
希望するサービス		<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理 <input type="checkbox"/> 被服の補修 <input type="checkbox"/> 一般的な調理 <input type="checkbox"/> 配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物代行 <input type="checkbox"/> 薬の受け取り <input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
世帯の状況など		<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 65歳未満の同居人あり <input type="checkbox"/> 65歳以上の同居人あり（※以下は65歳以上の方について記入してください。） （氏名 続柄 介護度 ） （氏名 続柄 介護度 ）									