様式第1号(第9条関係)

高齢者生きがい活動支援通所事業利用申請書

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

住所　身延町

申請者　氏名　　　　　　　　　　㊞

電話　　　―

(利用者との続柄)

　生きがいデイサービスを受けたいので、次の通り申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | | | | 性別 | 男女 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 年齢 | | 歳 | | 電話 | ― | |
| 住所 | 山梨県南巨摩郡身延町 | | | | | | | | | | |
| 同居家庭の状況 | 氏名 | | 続柄 | 性別 | 年齢 | | 職業 | | 緊急連絡場所等 | | | 備考 |
|  | |  |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  | | |  |
| 要介護認定申請等 | | | 1　要介護認定の結果「自立」と判定された。  2　要介護認定の申請をしていない。 | | | | | | | | | |
| 利用者要件  (該当するものを○) | | | 1　心身機能の低下が見られる。  2　自宅に閉じこもりがちである。  3　その他  　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 現在治療中の病名 | | |  | | | | | | | | | |
| 病院等・主治医 | | |  | | | | | | | | | |
| 利用回数・利用日 | | | 回数　　週　　　回・曜日　(　　)曜日 | | | | | | | | | |
| 担当民生委員 | | |  | | | | | | | | | |
| 意見等 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

※太線の枠内を記入してください。