

塩谷町在宅福祉支援事業利用申請書

令和 年 月 日

塩谷町長様

塩谷町の在宅福祉支援事業を利用したいので申請します。申請にあたり次の項目について承諾します。

- 委託事業者、消防、警察、ケアマネージャー等への個人情報及び緊急連絡先等の情報提供
- 申請者及び世帯の課税状況等の閲覧
- 暴言、暴力等のほか公序良俗に反する場合は利用の取消になること
- 申請内容に変更がある場合、サービスの利用を停止する場合は町に連絡すること

フリガナ		生年月日	(歳)	性別	男・女
申請者名		大正 昭和	年 月 日		
住所	塩谷町大字				
電話番号		申請代理人名		関係	

希望するサービスに☑を入れ、内容について記入してください

<input type="checkbox"/> ホームヘルプ
利用開始希望日 令和 年 月 日
家事援助及び生活環境改善に関すること 1回()時間/1ヶ月()回
通院介助その他身体の介護に関すること 1回()時間/1ヶ月()回
※利用は1時間単位 月上限8時間

<input type="checkbox"/> 軽度生活支援
利用開始希望日 令和 年 月 日
希望するサービスの内容 () 1回()時間/1ヶ月()回
希望するサービスの内容 () 1回()時間/1ヶ月()回
希望するサービスの内容 () 1回()時間/1ヶ月()回
※利用は1時間単位 月上限8時間

<input type="checkbox"/> 訪問理美容
利用開始希望日 令和 年 月 日

<input type="checkbox"/> 弁当宅配
利用開始希望日 令和 年 月 日
希望配達日(○を付ける) 月・火・水・木・金・土
支払い方法 日払い / 月払い
主食について 普通 / 粥 / ミキサー
副食について 普通 / きざみ / ミキサー
ご飯の量 普通 / 多い / 少ない
アレルギー・ 食事制限等 ()

<input type="checkbox"/> 緊急通報装置貸与
利用開始希望日 令和 年 月 日
設置先の電話機 固定・携帯(番号)

<input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒
利用開始希望日 令和 年 月 日

<input type="checkbox"/> 健康見守りサポート
利用開始希望日 令和 年 月 日
希望配達日(○を付ける) 月・火・水・木・金
※週2回まで

※ホームヘルプと軽度生活支援との一部併用はできません

※弁当宅配と健康見守りサポートの併用はできません

