

## 高齢者生活支援ホームヘルパー派遣事業申請書

江東区長 殿

下記のとおり、生活支援ホームヘルパー派遣の申請をいたします。

希望するサービス	緊急時生活支援	外出支援(散歩等)
----------	---------	-----------

申請者の状況	ふりなが		生年月日 (年齢)	明・大・昭	年	月	日	
	氏名						( 歳)	
	住所	江東区						電話
	介護認定状況	緊急時生活支援	介護申請しない	介護申請する(対象となりません)				
外出支援		要支援1	要支援2	その他(対象となりません)				
	認定期間	年 月 日 ~		年 月 日				
世帯状況	一人暮らし	高齢者のみの世帯			生活保護	有	無	
同居者	氏名		生年月日 (年齢)	明・大・昭	年	月	日	
	続柄( )						( 歳)	
身体的状況	・病名 ( )	・医療機関 ( )						
	・要介護認定	有 (要支援			・要介護 ) 無			
希望する緊急時生活支援	調理	洗濯	買物・薬取り	掃除	ベッドメイク	外出介助	清拭 着替え	
・緊急時生活支援を必要とする理由				・外出支援を必要とする理由				
1 疾病・怪我で在宅治療中(病名 )				1 身体機能の低下				
2 退院直後 (退院日 )				2 老人性うつ症・認知症				
3 その他				3 その他				

	氏名	続柄	住所・連絡先
緊急連絡先			電話

## 同意事項

- 当事業において必要なサービス提供のため、私並びにその家族に関する住居状況、生活保護受給状況、疾病、障害、身体状況、緊急連絡先及び福祉サービス受給状況の情報を調査することに同意します。
- 当事業申請後、私に関する情報を、サービス提供及び在宅での生活支援のため、在宅介護支援センター及び委託事業所からの提供を受けること、並びにこれらのものに提供することに同意します。
- 外出支援等による時間を超えた支援は、利用者と事業者との契約となり超過料金が発生し、自己負担となります。
- 外出支援等によるヘルパーの交通費が発生した場合は、利用者負担となります。
- 取り消し期限を確認してください。取り消し期限を過ぎた場合、キャンセル料金が発生します。

署名

## 届出者

1、本人	3、代理人	氏名
		住所
2、緊急連絡先の人		本人との関係

受付場所

受付者