

江東区長 殿

以下のとおり、訪問事業のサービスを申請します。

同意事項

【声かけ・電話訪問事業共通】

- 1 訪問事業において必要なサービス提供のため、私及びその家族に関する居住状況、高齢者福祉サービス利用状況、介護保険認定状況及び介護保険サービス受給状況を調査することに同意します。
- 2 当事業申請後、私に関する情報をサービスの提供及び在宅での生活支援のため、長寿サポートセンター、介護支援専門員及びサービス委託業者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。

【電話訪問事業について】

- 3 申請者の氏名、連絡先等の個人情報及び電話訪問の内容については、江東区から本事業を受託している江東区社会福祉協議会地域福祉推進課内で共有し、電話訪問事業の実施及び必要に応じた支援の案内に利用することに同意します。また、江東区社会福祉協議会から、地域のイベント等のお知らせを受け取ること及びお困りの際に電話、訪問等により適切なサービスの案内を受けることに同意します。

なお、取得した個人情報は、目的外の利用及び第三者への提供は行いません。 年 月 日

上記事項について、同意します。申請者署名

<申請者(本人)>

フリガナ			生年月日
氏名			年 月 日 (歳)
住所	江東区	丁目 番 号	建物名・部屋番号
電話番号			<input type="checkbox"/> 一人暮らし
希望する訪問事業等	どちらかに✓を入れてください。声かけ訪問の場合は希望する曜日全てに✓してください。 <input type="checkbox"/> 声かけ訪問 (<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 金) <input type="checkbox"/> 電話訪問		
介護度及び介護事業所等	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 事業所名 電話番号		
他事業受給状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食事サービス、ヘルパー、デイサービス等) ※ 有の場合、この事業を申請することはできません。		
本人の状態 (訪問事業が必要な理由及び状況)	親族との交流 <input type="checkbox"/> あり (回) <input type="checkbox"/> なし 健康状態に不安がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 一日中家に居ることが多い <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(具体的な身体状況及び日常生活の状況)	
特記事項 (訪問時に注意してほしいこと)			

<緊急連絡先> 安否の確認がとれなかった場合の連絡先

	(フリガナ) 氏名	続柄	住所	電話番号
1				
2				
届出者				

※通院等で不在の曜日が決まっている場合は、本人の状態欄に記入してください。

受付者の方へ 【確認してください】

*シルバーピア等の安否確認のできるところに入居していないこと。*毎月20日締切(区到着)、翌月開始となります。

受付場所

受付者