

声かけ・電話訪問事業申請書

江東区長殿

令和 年 月 日

下記のとおり、訪問事業のサービスを申請します。

・同意事項

- 1、訪問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。

署名

<申請者(本人)>

フリガナ				生 年 月 日
氏 名				1. 明 2. 大 3. 昭 年 月 日(歳)
住 所	江東区	丁目	番	号 方
電 話 番 号				<input type="checkbox"/> 一人暮らし
希望する訪問事業	どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。声かけ訪問の場合は希望する曜日すべてに <input checked="" type="checkbox"/> 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			
他事業需給状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食事サービス(週 回) <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣(週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス(週 回)			
本人の状態 (訪問事業が必要な理由や状況)	親族との交流 ・あり (回) ・なし 健康状態に不安がある ・はい ・いいえ 一日中家に居ることが多い ・はい ・いいえ	(具体的に)		
特記事項 (訪問時に注意して欲しいこと)				

<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

- * デイサービス、ヘルパー派遣等安否確認のできる介護保険サービス・高齢者福祉サービスを受けていないこと。
- * シルバーピア等の安否確認のできる場所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