

第1号様式

高齢者生活支援ホームヘルプサービス利用申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住所
申請者

氏名

電話番号 (-)

高齢者生活支援ホームヘルプサービスを利用したいので、次のとおり申請します。

フリガナ				生年月日	年 月 日
対象者氏名					() 歳
住所				電話	—
同居の家族 の状況	1 ひとり暮らし高齢者 2 高齢者のみ世帯 3 その他 ()				
	氏名	生年月日	年齢	続柄	
緊急連絡先	氏名		本人との続柄		
	住所			電話	—
派遣を希望 する理由					
希望するサ ービス内容	○家事に関すること ア 食材料の確保 イ 衣類等の洗濯 ウ 居住等の掃除及び整 理整頓 エ 外出援助 (身体介護を伴う援助は除く。) オ その他軽易な日常生活上の援助 ○相談及び助言に関すること ア 生活、身上及び介護に関する相談及び助言 イ その他必要な相談及び助言				

高齢者生活支援ホームヘルプサービス利用に係る手数料を決定するため、世帯全員
の市民税課税状況を担当者が調査することに同意します。

(氏名)

印

第1号様式

高齢者生活支援ホームヘルプサービス利用申請書

年 月 日

(宛先)春日井市長 伊藤 太

住所 申請者 氏名 電話番号 ()

一人暮らしは対象者本人、高齢者世帯は世帯主氏名等を記入してください。

高齢者生活支援ホームヘルプサービスを利用したいので、次のとおり申請します。

フリガナ				生年月日	年 月 日
対象者氏名					() 歳
住所	対象者本人氏名等を記入し、同意事項を確認後朱肉印で押印してください。			電話	—
要介護状態区分		有効期間	年 月 日から	月 日	日まで
同居の家族の状況	1 ひとり暮らし高齢者 2 高齢者のみ世帯 3 その他 ()				
	氏名	生年月日	年齢	続柄	
緊急連絡先	氏名	同居の家族及び緊急時に連絡がとれる親族の氏名等を記入してください。			
	住所		電話	—	
派遣を希望する理由	具体的な必要性と希望するサービス内容に○を付してください。				
希望するサービス内容	○家事に関すること ア 食材料の確保 イ 衣類等の洗濯 ウ 居住等の掃除及び整理整頓 エ 外出援助 (身体介護を伴う援助は除く。) オ その他軽易な日常生活上の援助 ○相談及び助言に関すること ア 生活、身上及び介護に関する相談及び助言 イ その他必要な相談及び助言				

高齢者生活支援ホームヘルプサービス利用に係る手数料を決定するため、世帯全員の市民税課税状況を担当者が調査することに同意します。

(氏名)

● 印