

自立支援介護予防サービス事業利用申請書

令和8年 4月 1日

（あて先）富山市長

申請者 住 所 富山市新桜町7番38号
氏 名 富山 太郎

下記のとおり、自立支援介護予防サービス事業の利用を申請します。

利用 者	ふりがな	とやま たろう		生年月日	昭和10年 8月 10日（90歳）	
	氏名	富山 太郎			男・女	
	住所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号		総曲輪校区	電話	443-2062
同居世帯状況	氏 名		続柄	職 業	電話（勤務先）	
	独居					
緊急時連絡先	氏名	富山花子	続柄	妹	電話（自宅）	443-2061
	住所	富山市新桜町7番40号			電話（職場）	
既往症及び 現在の状況	高血圧症・高脂血症					
身体障害者手帳	障害名（ なし ）		種 級	療育手帳	A B	
申請の理由	妻と子供に先立たれ、親しい友人もなく、社会的孤立になりがちなため。					
介護の状況	家族もおらず、兄弟親戚との付き合いもほとんど無い。					
希望するサービスに○を記入してください。	☐ 自立支援介護予防訪問介護（利用希望先）		日中に日常生活上の家事等に関するサービスを行い、自立生活の支援をいたします。（1週間当たり2回まで、1回約1時間） ☐ 調理 ☐ 衣類の洗濯、補修 ☐ 住居等の掃除、整理整頓 ☐ 生活必需品の買物 ☐ 関係機関等との連絡 ☐ その他必要なサービス（ ）			
	☒ 自立支援介護予防通所介護 ☐ 自立支援介護予防通所リハビリテーション（利用希望先）		日常生活上の支援のため、特別養護老人ホーム等において機能訓練や入浴・食事を提供し、さまざまな生活行為の中で利用者の能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が生かされるよう、身体的・精神的な支援をいたします。（1週間当たり1回）			

※自立支援介護予防通所介護・自立支援介護予防通所リハビリテーションを希望される方は、別紙：健康診断書を添付してください。