

自立支援介護予防サービス事業利用申請書

年 月 日

（あて先）富山市長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____

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			生年月日		年 月 日（ 歳）	
	氏名					男・女	
	住所	〒		校区		電話	
同居世帯状況	氏 名		続柄	職 業		電話（勤務先）	
緊急時連絡先	氏名		続柄		電話（自宅）		
	住所				電話（職場）		
既往症及び 現在の状況							
身体障害者手帳		障害名（ ）		種 級	療育手帳	A B	
申請の理由							
介護の状況							
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。