

安心ライフ援助事業利用申込書

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

申請者 (本人又は介護者)	住所	
	氏名	
	利用者との続柄	
	電話番号	

下記のとおり安心ライフ援助事業の利用申し込みをします。

利用者	住所	松江市		
	氏名			
	生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	歳
	電話番号			
利用者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援1・2 ・要介護 1・2・3・4・5 ・介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者 			
世帯の状況	一人暮らし ・ 高齢者のみの世帯			
生活保護費受給の有無	有 ・ 無			
同居の世帯全員の課税状況	前年度の市町村民税 (非課税世帯 ・ 課税世帯)			
利用予定のサービス (該当するものを○で 困ってください。)	<ul style="list-style-type: none"> ・庭・庭木の手入れ (木の剪定、高所作業を除く) ・家具の移動 ・家屋の軽微な修繕 (高所作業を除く) ・その他 (具体的に) ※当日中の依頼は内容により受付が難しい場合があります。 ()			
申請理由				

上記サービス利用の要否決定をするために必要がある時は、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリストを参考資料として利用することに同意します。

利用者氏名 _____

利用申請時から事業の利用が廃止となるまでの全ての年度において、利用者及び同居者全員の市町村民税課税状況、生活保護費受給の有無を閲覧・調査することについて同意します。

利用者氏名 _____

担当居宅事業所 (又は地域包括支援センター ())
 ケアマネジャー (又は担当者) () 電話番号 ()