

(様式第1号)

軽度生活援助サービス事業申請書

年 月 日

三 沢 市 長 殿

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電話番号 _____

下記のとおり、 月分の軽度生活援助サービス事業を申請します。

記

対象者	ふりがな		性別	男	女
	氏 名				
	住 所	三沢市			
	生年月日	年	月	日生	年齢
要支援区分等	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2				
介護支援専門員等	事業所	<input type="checkbox"/> 三沢市地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所〔事業所名 _____〕			
	氏 名				
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理 <input type="checkbox"/> 被服の補修 <input type="checkbox"/> 一般的な調理 <input type="checkbox"/> 配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 薬の受け取り <input type="checkbox"/> 除雪 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
申請月の利用希望日	【週1回】 事業対象者・要支援1 / 【週2回】 要支援2・要介護1・要介護2				
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 65歳未満の同居人あり <input type="checkbox"/> 65歳以上の同居人あり ※以下に65歳以上の方について記入してください。 (氏名 _____ 続柄 _____ 介護度 _____)				

起 案	年 月 日	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員
決 裁	年 月 日					
交 付	年 月 日					

上記の者について審査の結果（承認・却下）してよろしいか。
(却下の理由)