

(表)

様式第1号

山口市在宅緩和ケア支援福祉サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

山口市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、山口市在宅緩和ケア支援福祉サービス事業を利用したいので、申請します。

記

ふりがな 利用者 氏 名	生年月日 年 月 日			
	年齢	歳	性別	男 ・ 女
住 所	〒 _____			
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	備考 (職業・勤務先・連絡先)
主 治 医	病院名 _____			
	電話番号 _____			
	医師名 _____			
そ の 他	障害者手帳 ( 有・無 )		生活保護の受給 ( 有・無 )	

1. 訪問介護・訪問型サービス

\*希望する訪問介護サービスを○で囲んでください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事に関すること             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 調理      2. 生活必需品の買い物      3. 衣類の洗濯、補修</li> <li>4. 住居等の清掃、整理整頓      5. その他必要な家事</li> </ul> </li> <li>・身体の介護に関すること             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 身体の清潔の保持等の援助      2. 通院、交通や公共機関の利用等の援助</li> <li>3. その他必要な身体の介護</li> </ul> </li> <li>・相談及び助言に関すること             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 生活、身上、介護に関する相談、助言</li> <li>2. その他 (</li> </ul> </li> </ul>
--

(裏)

2. 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

希望日等	曜日	午前・午後	時	分
------	----	-------	---	---

3. 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

希望日等	曜日	午前・午後	時	分
------	----	-------	---	---

4. 通所介護・地域密着型通所介護・通所型サービス

希望日等	曜日	午前・午後	時	分
利用期間中の連絡先	住所 氏名	電話番号 続柄	( )	

5. 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

希望日等	曜日	午前・午後	時	分
利用期間中の連絡先	住所 氏名	電話番号 続柄	( )	

6. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

利用期間中の連絡先	住所 氏名	電話番号 続柄	( )	
-----------	----------	------------	-----	--

7. 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

\*希望する用具を○で囲んでください。

1. 吸引器	2. 吸入器	3. 吸入吸引器	4. 点滴スタンド	5. その他
〔①ベッド(マット、サイドレール、オーバーテーブル等) ②エアーマット ③車いす ④歩行器 ⑤その他( )〕				

同 意 書

山口市在宅緩和ケア支援福祉サービス事業の利用について、かかりつけ医の意見を求めること(要介護認定申請者については主治医意見書の照会および写しの添付)並びにサービス提供事業所に情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

山口市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。