(様式第1号)

　 年 月 日

 福井市長 様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 氏名 | （自署又は記名押印） |

**えがおでサポート事業利用申請書**

下記により、えがおでサポート事業の利用を申請するとともに、事業実施のため市民税課税状況について調査することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　所 |  |
| ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ |  | 電話 |  |
| 氏　 名 |  |
| 生年月日 | 明冶･大正･昭和 年 　 月 日 （ 歳） |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 | 住　　　所 | 続柄 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 希望サ－ビス（複数可） | □ 買い物代行　　　　　　　□ 外出の援助（通院時）□ 屋内の掃除・整理整頓（日常生活を行う場所）□ 屋内の大掃除（日常生活を行う場所以外を含む）□ 洗濯　　　　　　　　　　□ ごみの搬出□ 草取り（日常生活に必要な場所）□ 除雪（玄関から道路まで等生活路の確保）□ 代読・代筆□ その他日常生活上の軽作業（ 　　　 ） |
| 【介護予防・生活支援サービス事業及び介護保険サ－ビスの利用状況】* 未申請　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 申請中
* 非該当
* 介護予防・生活支援サービス事業対象
* 認定済　（要支援 １ ・ ２　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　）

利用サービス内容ア．訪問（型）サービス（　　回／週・月：内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）イ．通所（型）サービス（　　回／週・月）　ウ．その他サービス（　　　　　　　　　　　　）※介護予防・生活支援サービス事業又は介護保険サービスとの併用の理由□ 介護予防・生活支援サービス事業又は介護保険サービス支給限度を超えた分の利用□ 介護予防・生活支援サービス事業又は介護保険サービスでは利用できないサービスの利用□ 介護認定申請中であり認定がつくまでの間の利用□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【ほやねっと（地域包括支援センタ－）意見】ほやねっと 　 　　　 　　　 　　　　担当者 　  |
| ひとり暮らし等登録 | □ひとり暮らし　　□高齢者世帯　　　□その他の世帯 |

－－－－－－－－－－－－－以下は記入しないで下さい－－－－－－－－－－－－

市民税課税状況　　課税世帯・均等割のみ世帯・非課税世帯（照合日：　　　　年　　月　　日）

**えがおでサポートサービス希望内容表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ほやねっと（　　　　　　　） |  | 利用者住所 |  |
| 担　当　者（　　　　　　　） |  | (※新規申請時は利用者住所の記載省略可) |
|  |  | 利用者氏名 |  |
|  |  |
|  | 具体的なサービス希望内容 | 希望日（曜日・時間帯） |
| 買い物代行 |  |  |
| 外出の援助（通院時） |  |  |
| 屋内の掃除整理整頓 |  |  |
| 屋内の大掃除 |  |  |
| 洗濯 |  |  |
| ごみの搬出 |  |  |
| 草取り |  |  |
| 除雪 |  |  |
| 代読・代筆 |  |  |
| その他 |  |  |

|  |
| --- |
| 【ほやねっと事務連絡】 |