**ひとり暮らし高齢者等安心サポート事業利用申請書兼派遣指示書**

年　　　月　　　日

（あて先）日野市長

　　 ひとり暮らし高齢者等安心サポート事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請者** | （フ リ ガ ナ）  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |
|  |
| 生年月日 | 年 月 日 | |
| 住 所 | 〒  電話番号 | |
| 認定状況 | □要支援１　□要支援２　　　　　　　□認定申請中  □要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ | |

本申請の内容を確認するため、住民記録情報・介護保険情報を確認すること及び

関係機関へ情報を提出することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

**＜派遣指示書＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所担当者記入欄   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 利用希望 事業内容 | **□** 医療機関での待ち時間の介助  医療機関名　（　　　　　　　 　　　　　　　 　　）  **□** 生活支援サービス  具体的な内容（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 利用者負担金 | １時間当たり　　　　 　円　　＊市で確認し記入します。 | | | 派遣希望  事業所名称 | （事業所番号　　 　　　　　　　　　）  名称 | | | 派遣開始日 | 年　 　　月　　 　日 | | | 派遣希望  曜日・時間  ＊この事業では月10時間までの利用となりますので、ご注意下さい。 | □随時  (「随時」は医療機関での待ち時間介助のみとなります。生活支援サービスについては必ず右に日時を記載してください) | □月曜日　　　　：　　　～　　　：  □火曜日　　　　：　　　～　　　：  □水曜日　　　　：　　　～　　　：  □木曜日　　　　：　　　～　　　：  □金曜日　　　　：　　　～　　　：  □土曜日　　　　：　　　～　　　：  □日曜日　　　　：　　　～　　　： | | 添付書類 | **□** 介護予防サービス・支援計画表（Ａ表～Ⅾ表）  **□** 居宅サービス計画書１～３表  ※生活支援サービスについては、サービス利用票を添付 | |   支援事業所名 事業所番号  担当者名 　 連絡先 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 資格要件 | 担 当 | 係 長 | 課長補佐 | 課 長 |
| □認定有り  □世帯確認  □生保・老齢・境界層(　　 　)  □申請時非課税世帯 |  |  |  |  |

今回、提供いただいた個人情報については、ひとり暮らし高齢者等安心サポート事務のための目的以外では利用しません。万一、上記の目的以外で個人情報を利用する必要が生じた場合には、個人情報保護法により許される場合を除き、ご本人の同意を得たうえで利用します。