第4号様式(第8条関係)

変更用

ひとり暮らし高齢者等安心サポート事業利用変更届出兼派遣指示書

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変更を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |
| 届出書提出者 | 氏名  (利用者との関係　　　　　　　　　　) | |

＜変更理由＞

|  |
| --- |
|  |

＜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  　　　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。