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。