**ひとり暮らし高齢者等安心サポート事業利用変更届出書**

　　　　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。

本申請時及び利用期間更新時に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。**署名：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | 〒191-00  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 | |

＜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  □掃除　□洗濯　□ベッドメイク  □衣類整理　□一般的な調理・配下膳等　□買い物・薬の受け取り | | 派遣希望  事業所名称 | 事業所番号：  名称： | | 派遣開始日 | 年　 　　月　　 　日 | | 派遣時間について | 1日あたり2時間、月10時間までが上限となります。  （医療機関での待ち時間介助と生活支援サービスの利用時間数は合算となります） | | 利用者負担金 | １時間当たり　　　　 　円　　＊市で確認し記入します。 | | 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 　 電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。