

様式 1

はざま支援事業利用申込書兼誓約書

令和 年 月 日

社会福祉法人

遠軽町社会福祉協議会 会長 様

はざま支援事業を利用したいので申込みいたします。

また、利用者の担当介護支援専門員、医療・保健機関、民生児童委員より情報の提供を受けることに同意します。

なお、はざま支援事業を利用するにあたり、遠軽町社会福祉協議会の重大な過失に起因する場合を除き、身体的又は精神的な障害若しくは、その他の事故が生じても異議の申し立て等は、一切行わないことを誓約いたします。

申請者	利用者	氏名	Ⓜ	性別	男・女	生年 月日	T S 年 月 日
		住所	遠軽町		電話 番号	0158 ()	
	家族等	氏名	Ⓜ	続柄			
		住所	<small>(利用者とは異なる場合記入)</small>		電話 番号	()	
サービス種類				サービス内容			
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)				<input type="checkbox"/> 入浴希望 <input type="checkbox"/> 食事希望			
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス)				<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 家事援助以外の作業 <input type="checkbox"/> 身体介護が伴う援助			
<input type="checkbox"/> お弁当サービス		<input type="checkbox"/> 町配食サービス該当者 <input type="checkbox"/> 訪問介護利用者 <input type="checkbox"/> その他		週 回 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日)			
<input type="checkbox"/> 洗濯サービス							
申込理由及び 具体的援助内容							

.....事務局使用欄.....

可・否	担 当 事 業 所 名	会 長	事 務 局 長	事 務 局 次 長	担 当 事 業 所 長	受 付 担 当 者