

生活支援型ホームヘルプサービス利用申請書

和泊町長 伊地知 実利 殿

生活支援型ホームヘルプサービスの利用を下記のとおり申請します。

申請者	氏名	印		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
	住所			性別	男 ・ 女
				電話番号	9 2 -
世帯の状況	氏 名	続 柄	年 齢	備 考	
生活状況 ※（ ）内の該当するものを○で囲む。	<ul style="list-style-type: none"> ・外出は自分で（できる，できない） ・自動車の運転は自分で（できる，できない） ・買い物は自分で（できる，できない） ・寝具等大物の洗濯や日干しは自分で（できる，できない） ・クリーニング店への洗濯物搬出入は自分で（できる，できない） 				
健康状態	健康状態	1 良好 2 やや不良 3 不良			
	受療状況	主傷病名	-----		
		主医療機関名	-----		
利用希望日	毎月（ ）日，（ ）日の派遣を希望します。 ※ やむを得ない場合は，その前後の適当な日とする。				
要介護認定	認定申請日	年 月 日			
	認定結果受理	年 月 日			
	認定結果	1 自立 2 要支援・要介護			
備考					