様式第１号（第５条関係）

川島町外出支援ヘルパー事業利用申請書

　　　　年　　月　　日

川　島　町　長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

川島町外出支援ヘルパー事業実施要綱第５条の規定に基づき、医療機関内での介助を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | |  | | |
| ふりがな  氏名 | |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | 要介護度 |  |
| 利用する  医療機関名 |  | | | | |
| 申請理由 |  | | | | |
| 希望する  介助の内容  ※希望する介助に○をつける | （１）移動及び移乗の介助  （２）受診に関する手続の介助  （３）診察時の介助  （４）不穏行動の見守り  （５）排泄の介助  （６）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 世帯の状況  ※該当する項目に○をつける。 | １　一人暮らしである  ２　同居の家族がいる又は同じ敷地内に別居の家族がいる | | | | |
| ※２の場合、ヘルパーの介助が必要な理由を記入してください。 | | | | |
| 備　　　考 | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | |  | | | |