

（その1）

滝川市生きがいと健康づくり推進事業サービス利用申請書

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 福祉除雪ヘルパーサービス事業 | <input type="checkbox"/> 福祉電話貸与事業 |
| <input type="checkbox"/> 友愛訪問サービス事業 | <input type="checkbox"/> 食の自立支援事業 |
| <input type="checkbox"/> 高齢者見守り支援センター事業 | <input type="checkbox"/> 自立支援短期宿泊事業 |

※ 希望するサービスの□欄にレ印を付けてください。

年 月 日

滝川市長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

（電話番号 ー ）

上記の事業によるサービスの利用を受けたいので次のとおり申請します。

サービスの 希望者	住 所	滝川市			
	ふりがな 氏 名		電話	ー	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
同居家族 の 状 況	有 ・ 無	ありの場合	氏 名	続 柄	生年月日・勤務先等
緊急時等の 連 絡 先 (子・兄弟・ 友人等)	氏 名	続柄	住 所	連絡先電話番号	
主な通院先	病院名		病名等	通院状況	月・週 回程度
介護認定等	申請中（申請日 年 月 日）・未申請・非該当・要支援1・ 要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
介 護 度 ありの場合	担当ケアマネージャー (予防プラン作成担当)	事業所名		担当者名	
	利用サービス及び利用施設名				
老人クラブ等	加入している・加入していない		老人クラブ名		

※上記の各事項については必ず記載してください。

担当地区民生委員氏名
電話番号

(その2)

福祉除雪	希望理由	(※身体状況、身内・家族・近所の協力状況などを詳しく記載してください。)		
	民生委員 確認欄 ※申請者は、記載 しないこと	扶養義務者	<input type="checkbox"/> いる(市内・道内・道外) <input type="checkbox"/> いない	
		入院状況	<input type="checkbox"/> 入院していない <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定日 月 日)	
		入院予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(入院予定日 月 日)	
		冬期間留守	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(留守期間 月 日～ 月 日)	
上記申請のとおり相違ありません。		民生委員氏名 ㊟		
福祉電話	福祉電話の申請については、滝川市生きがいと健康づくり推進事業実施要綱の定めるところに従い、基本料金と通話料金の支払を申請人と連帯して履行します。 連帯保証人 住所 氏名 ㊟			
友愛訪問サービス	独居老人友愛訪問サービスを受けるに際し、外出、旅行、入院等自宅を不在にするときは、下記に連絡する必要があることを確認しました。 氏名 ㊟ 不在時連絡先 滝川市役所 電話 28-8028			
自立支援の	希望曜日	週 日 人分(月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日)		
	配達時の 注意事項			
高齢者見守り センター事業	電話	希望曜日 及び時間	週 日(月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日) 午前・午後 時頃	
	通信	希望設定 時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	
	連絡時の 注意事項			
自立支援 短期宿泊事業	希望日時	年 月 日 午前・午後 時 ~ 年 月 日 午前・午後 時		
誓約事項	自立支援短期宿泊事業を受けるに際し、次の事項を遵守することを誓います。 1 事業の実施中は、市及び事業者の指示に従うとともに、自己の健康状態に留意し、異常があるときは直ちに市又は事業者へ申し出て、事故を未然に防ぐように努めること。 2 万が一事故が生じても、市及び事業者の過失による場合を除き、一切不服を申し立てないこと。 利用者 住所 滝川市 氏名 ㊟			

(その3)

同意書

滝川市生きがいと健康づくり推進事業実施要綱の規定により、サービス利用の可否及び利用料の決定に必要な限度内において、世帯に属する者の収入、課税等の状況又は自らの納税の状況について公簿等により確認されることに同意します。

年 月 日

住所
(利用対象者)
氏名

印

世帯構成 (同居の家族)	氏名	続柄	

(利用申請するサービス)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 緊急通報システム整備事業 | <input type="checkbox"/> 福祉除雪ヘルパーサービス事業 |
| <input type="checkbox"/> 福祉電話貸与事業 | <input type="checkbox"/> 友愛訪問サービス事業 |
| <input type="checkbox"/> 食の自立支援事業 | <input type="checkbox"/> 高齢者見守り支援センター事業 |
| <input type="checkbox"/> 自立支援短期宿泊事業 | |

※ 希望するサービスの□欄にレ印をつけてください。

(税務課確認欄)

課税状況		納税状況		受付印
	非課税		完納	
	課税		滞納	
	未申告		適用除外	
	課税権なし	滝川市の滞納者に対する行政サービスの制限に関する基準 第4条の2第1項 号による		
		【対象税目】 市税		
課税情報 滝川市徴税吏員 確認印		納税情報 滝川市徴税吏員 確認印		