

# 友愛訪問サービス事業、食の自立支援事業 記載例

## 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

- 福祉除雪ヘルパーサービス事業
- 福祉電話貸与事業
- 友愛訪問サービス事業
- 食の自立支援事業
- 高齢者見守り支援センター事業
- 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。

利用を希望されるサービスに☑を記載してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

滝川市長 様

申請者 住所 **滝川市大町〇丁目〇番〇号**

氏名 **滝川 花子**

(電話番号 **〇〇-〇〇〇〇**)

押印を忘れずに!



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	<b>滝川市大町〇丁目〇番〇号</b>			
	ふりがな氏名	<b>たきかわ はなこ 滝川 花子</b>		電話	<b>〇〇-〇〇〇〇</b>
	生年月日	<b>昭和 〇年 〇月 〇日</b>		性別	男・ <b>女</b>
同居家族の状況	有・ <b>無</b>	ありの場合	氏名	続柄	生年月日・勤務先
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	
	<b>滝川 一郎</b>	<b>長男</b>	<b>滝川市西町〇丁目〇番〇号</b>	<b>〇〇-〇〇〇〇</b>	
	<b>札幌 幸子</b>	<b>長女</b>	<b>札幌市西区発寒〇条〇丁目〇-〇</b>	<b>011-000-0000</b>	
主な通院先	病院名	<b>滝川市立病院</b>	病名等	<b>高血圧症</b>	通院状況 <b>月</b> ・週 <b>1</b> 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・ <b>要支援2</b> ・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	<b>△△△△</b>	担当者名	<b>△△ △△</b>
	利用サービス及び利用施設名		<b>△△△△デイサービス</b>		
老人クラブ等	<b>加入している</b> ・加入していない		老人クラブ名	<b>〇〇〇〇クラブ</b>	

同居の家族がいる場合は記入してください。

緊急時の連絡先ですので、必ず記入してください。携帯電話が望ましいです。

病名や通院先を記入してください。

介護認定、ケアマネージャー、利用サービス、老人クラブの加入状況についてはわかる範囲で構いません。

※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

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。)	
	記載不要		
福祉電話	従い	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 記に連絡する必要があることを確認しました。	押印を忘れずに！	
	不在時連絡先 滝川市役所	氏名 <b>滝川 花子</b> 印 電話 28-8	
自立支援の食	希望曜日	週 6 日 1 人分 (月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日)	配達を希望する曜日を記入してください。
	配達時の注意事項	<b>記入例</b> ・耳が遠いため玄関まで出るのに時間がかかる。	配達時の注意事項があれば記入してください。

高齢者見守り事業	電話	希望曜日	週	日 (月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日)
	記載不要			
短期宿泊事業	希望日			
誓約事項	1	常が		
	2	てない		
		利用者	住所	滝川市
		氏名		

# 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。

〇〇年〇〇月〇〇日

住所 **滝川市大町〇丁目〇番〇号**  
 (利用対象者)  
 氏名 **滝川 花子** ⑩

押印を忘れずに！

世帯構成 <small>(同居の家族)</small>	氏 名	続 柄	

同居の家族がいる場合には、記載してください。

(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。

利用を希望されるサービスにを記載してください。

(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		