

様式第 1 号（第 5 条関係）

高齢者世帯家庭援助員派遣申請書

（生活援助、生活支援 兼用）

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
（福祉課）

住 所 駒ヶ根市 _____

申請者 (_____ 区 _____ 組合)

氏 名（署名） _____

電話番号 _____

駒ヶ根市高齢者世帯家庭援助員派遣事業実施要綱に基づき、高齢者世帯家庭援助員の派遣を申請いたします。

1 派遣を希望する者

ふりがな	
氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 () 歳
ふりがな	
氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 () 歳

2 派遣を希望する理由（身体状況や家庭の状況など）

3 派遣希望（希望どおりにならない場合もあります）

①派遣回数 週・月 回（希望曜日 曜日 午前・午後）

②1 回当たりの派遣時間 30 分・1 時間・()

③希望する内容（希望するものに○印をしてください。）

日常生活の自立支援ですので必要以上のサービスはできません。

生活援助(1週間につき2回又は3時間以内)

	食事の調理
	衣類の洗濯・補修
	生活等の相談、助言

	食事の介護
	排泄の介護
	衣類着脱の介護

	入浴の介護
	通院・移動の介助
	その他身体の介護

希望事業者 _____

生活支援(1週間につき2時間以内)

	食材の手配、買物
	寝具類の日干し
	散歩の付添い
	簡単な庭の手入れ

	居宅の整理・整頓
	寝具類等大物の洗濯
	部屋の清掃・整理整頓
	生活必需品の買物

	軽微な修繕等
	雪下ろし、除雪
	その他必要な家事

希望事業者 _____

4 希望する派遣時期 _____ 年 ____ 月 ____ 日から

5 世帯の状況（高齢者のみ世帯の場合、近親者を記入してください。）

氏 名	続柄	年齢	住 所	電話番号

6 緊急連絡先

ふりがな				続 柄 ()
氏 名				
自宅Tel		勤務先		
携帯Tel		Tel		

※ 処理欄（記入しないでください。）

受付経過					
(受付者)					
起案	係内	係長	補佐	課長	備考