様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　高知市長　　　　　　様

　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

高知市訪問型サービスＣ事業利用申請書

　高知市訪問型サービスＣ事業実施要綱第５条の規定により，関係書類を添えて下記のとおり利用を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | 生年月日 | | 支援区分 |
| 氏　名 |  | 年　 月 　日生  （　　　　歳） | | 要支援１  要支援２  事業対象者 |
| 住　所 |  | 電話番号 |  | |
| 申請理由 | 身　体  状　況 |  | | | |
| 目　的 |  | | | |

添付書類

　⑴　利用者基本情報

　⑵　訪問型サービスＣ基本チェックリスト

　⑶　生活機能評価表

　⑷　介護予防サービス・支援計画書

　⑸　介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

　　この事業の利用に当たって，必要に応じ，所管課長が，私に関する次のことを括弧内の担当

者等に確認することに同意します。

　　・身体状況（医療機関）

　　・居宅サービス計画（担当支援専門員等）

　　　　　　　　　　　　　　対　象　者　　氏名

（※）本人が手書きしない場合は，記名押印してください。

　　　　　　　　　　　　　　説　明　者　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名