

年 月 日

(宛先) 東大阪市 福祉事務所長

申請者 住 所 東大阪市

氏 名 _____ (印)
署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。

対象者との続柄 _____

電 話 _____ () _____

街かどデイハウス事業利用申請書

私は街かどデイハウスの利用を下記のとおり申請いたします。
又、私の介護保険要介護認定の状況及び介護保険サービスの利用状況を調査することについて、同意いたします。

記

介護保険被保険者番号			
利 用 者 氏 名			
利 用 者 生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	歳
利 用 者 居 住 地	東大阪市		
利用したい街かどデイハウス名			
利 用 開 始 希 望 日	年 月 日		
緊 急 時 の 連 絡 先	氏名		続柄
	電話	()	
通 院 し て い る 病 院	病院名		
	電話	()	
備 考 (他の街かどデイハウス利用をされていた場合は記入ください)			

(注意事項)

- 介護保険の利用をすると、街かどデイハウスの利用ができなくなります。
- 街かどデイハウスの利用は、1日4時間以上で、週12時間以内です。
- 健康チェック後、介護予防に参加いただき、かつ昼食の提供も受けていただきます。

福祉事務所 用	確認欄	介護保険	階 層	
			A ・ B	