様式第１（第 11 条関係）

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　　㊞

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。

また、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	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を利用されていた場合はご記入ください）				

（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	