

地域支援事業利用申請書

(あて先)長崎市長

地域支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|              |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |               |
|--------------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|---------------|
| 利用者<br>(申請者) | ふりがな |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日<br>(年齢) | 年 月 日<br>( 歳) |
|              | 氏 名  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |               |
|              | 個人番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |               |
|              | 住 所  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号         |               |

利用したいサービスに○印を付してください。

|   |                                                                                                |         |  |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|
| 1 | 短期集中型訪問サービス事業<br>(栄養改善指導 口腔改善指導 リハビリテーション専門職指導)<br>(事業所名： )<br>(リハビリテーション専門職指導者職種 理学療法士 作業療法士) |         |  |  |
| 2 | 短期集中型通所サービス事業 (事業所名： )                                                                         |         |  |  |
| 3 | 総合支援配食サービス事業 (事業所名： )                                                                          | 曜日： 昼・夕 |  |  |
| 4 | 要介護者配食サービス事業 (事業所名： )                                                                          | 曜日： 昼・夕 |  |  |
| 5 | 緊急通報システム事業 (裏面も記入)<br>添付書類：介護サービス計画又は介護予防サービス計画・支援計画 (該当者のみ)                                   |         |  |  |

緊急連絡先(親族等連絡先)

|         |    |              |           |                 |  |
|---------|----|--------------|-----------|-----------------|--|
| ふりがな    |    | 生年月日<br>(年齢) | 年 月 日( 歳) | 利用者<br>との<br>続柄 |  |
| 氏 名     |    |              |           |                 |  |
| 住所(居住地) | 電話 |              |           |                 |  |

利用の決定又は対象者要件の確認に必要があるときは、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を、長崎市が居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターから提供を受けることに同意します。

利用者以外の方が記入した場合ご記入ください。

記入者氏名 (利用者との関係： ) 電話：

※緊急通報システム事業を申請の場合は裏面もご記入ください

(裏面)

緊急通報システム事業利用者台帳

※緊急通報システム事業申請の場合にご記入ください

|                     |             |     |
|---------------------|-------------|-----|
| ふりがな                |             |     |
| 利用対象者名              |             |     |
| 現病歴                 |             |     |
| 既往症                 |             |     |
| 緊急時の連絡<br>医療機関(担当医) | 病院名：<br>電話： | 病名： |
| 緊急時の連絡<br>医療機関(担当医) | 病院名：<br>電話： | 病名： |

【緊急通報システム事業申請にかかる確認事項】

- 申請者の住宅が借家（賃貸住宅）である場合、センサー等機器の設置に伴う住宅の一部改修について、賃貸人（家主）より事前の承認を得ていますか。  
☐ 持ち家であるため賃貸人（家主）の承認は不要である  
☐ 賃貸人（家主）より承認を得ている  
本改修により賃貸人と賃借人との間に問題が生じても長崎市に一切の責任を問いません。
- 緊急時の迅速な対応のため、スペアキーを提出しますか。（原則提出が必要です。）  
☐ スペアキーを提出する（機器の設置までにスペアキーをご準備ください）  
☐ 次の条件を理解したうえでスペアキーを提出しない  
緊急時の対応が遅れたり、緊急対応のためにご自宅の一部を破壊する場合があります。  
その場合の修復費用は自己負担となります。
- 工事の日程調整・立ち合いについて、対応される方はどなたですか。  
☐ 利用者本人  
☐ 本人以外（次に氏名等をご記入ください）  
氏名： \_\_\_\_\_（利用者との関係： \_\_\_\_\_） 電話： \_\_\_\_\_
- 利用料の口座振替に登録される銀行口座は次のうちどちらですか。  
（銀行の種別に応じた口座振替依頼書をお送りします。）  
☐ 十八親和銀行  
☐ 十八親和銀行以外