認知症高齢者家族やすらぎ支援事業利用申請書

下記のとおり認知症高齢者家族やすらぎ支援事業の利用を申請します。

令和　　年　　月　　日

同居家族（利用者）	住　　所	長岡市			
	フリガナ 氏　　名	㊞		続柄	
	固定電話番号		携帯電話番号		
見守り対象となる高齢者	住　　所	※同居家族と同じ場合は記入不要 長岡市			男　・　女
	フリガナ 氏　　名		生年月日	大正・昭和 年　月　日（　　歳）	
	電話番号		要介護度 （事業対象者）	要支援１　要支援２ 要介護１　要介護２	
	担当ケアマネジャー	事業所名 担当者名　　電話番号			
	認知症の症状、生活上の支障	物忘れ、同じ事を聞く又は話す、道に迷う、買い物、事務、金銭管理、服薬、留守番、電話の対応、着替え、食事、排泄、入浴、火の不始末、昼夜逆転、日課をしなくなった、その他（　　）			
	見守りの参考となる情報	≪趣味や話題、関心のある事柄、こだわり、性格、行動等≫			
利用内容	利用開始希望日	令和　　年　　月　　日　（　　曜日）から			
	利用時間	随時　・　定期	曜日　時から　時まで 曜日　時から　時まで		
訪問に当たっての日程調整役		同居家族（利用者）　・　担当ケアマネ　・　その他（　　）			

以下、長岡市使用欄

審査確認	１　要介護度　【事業対象者】　要支援１　要支援２　要介護１　要介護２ ２　認知症ランク　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M　認知症症状あり ３　課税状況　生活保護世帯　その他世帯	収受印

決裁	課　長	課長補佐	係　長	担　当	起案　・　・ 決裁　・　・	公印使用承認　・　・ 部 個

上記のとおり、やすらぎ支援事業利用申請書を受理し審査した結果、利用対象となるので、別紙のとおり利用決定通知書を送付するとともに、委託事業者に依頼をしてよろしいか。