

(様式第1号)

会長	事務局長	専門員	専門員	合議

## 要援護高齢者等訪問サービス利用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 上土幌町社会福祉協議会 会長 様

住 所 上土幌町字  
申請者 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_

要援護高齢者等訪問サービス事業を利用したく申請いたします。

### 1. サービス利用者

住 所 上土幌町字  
氏 名 \_\_\_\_\_  
性 別 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ ( 歳 )  
電 話 \_\_\_\_\_  
要介護度 \_\_\_\_\_

### 2. 利用サービス内容

### 3. 特記事項 \_\_\_\_\_

社会福祉協議会が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、その利用者に係わる情報について、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・居宅サービス事業者等において、本事業の実施に必要な範囲での関係者間で情報を交換、共有することに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印