

訪問援助員派遣申出書

年 月 日

(あて先) 東海市長

申請者 住 所 東海市

氏 名

電話番号

下記のとおり相違ありませんので、東海市ひとり暮らし高齢者等訪問援助事業運営要綱第6条の規定に基づき、訪問援助員の派遣を申出します。

なお、東海市長がひとり暮らし高齢者等訪問援助員派遣手数料算定に必要な税関係書類を閲覧することに同意します。

記

| | | | | | |
|---------------|--|-----|------|-----|--|
| 対象者 | 住 所 | 東海市 | | | |
| | ふりがな | | 電話番号 | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | . . | |
| 区 分 | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 派遣を希望する業務の内容等 | <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 住居等の清掃及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買物 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯及び補修 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 現在の病気等の有・無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | |
| 主治医等 | 病院名 | | | 医師名 | |
| 家族の状況 | 氏 名 | 年齢 | 続 柄 | 備 考 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* 申出者の住所、氏名等太枠の中を記入してください。

* 続柄は、対象者からの続柄で記入してください。

以下は記入不要です。

| | | | | | | | |
|--------|-------------------|-------|-----|-------|-----|-----|--|
| 市民税の課税 | 本人 有・無 その他 有・無 | 派遣の可否 | 可・否 | 確認年月日 | . . | 確認者 | |
|--------|-------------------|-------|-----|-------|-----|-----|--|

| | | | | | | | |
|------|--|------|--|------|--|------|--|
| 登録番号 | | 決定番号 | | 台帳処理 | | 評価資料 | |
|------|--|------|--|------|--|------|--|