様式第１号（第８条関係）

栗山町ケアラーお出かけ安心サービス事業登録申請書

　　年　　月　　日

　栗山町長　様

【申請者】

住　　所

フリガナ

氏　　名

電話番号

被援助者との続柄

次のとおり栗山町ケアラーお出かけ安心サービス事業の利用者登録をします。

【申請者】

|  |  |
| --- | --- |
| 援助内容 |  |

【被援助者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 栗山町 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 心身状況 |  | | | | | | | | | | |
| 要支援・要介護認定 | 有 ( )・ 無 | | | | | 生活保護 | | 有 ・ 無 | | | |
| 身体障害者手帳 | 有・無 | 療育手帳 | | 有・無 | | | 精神障害者保健福祉手帳 | | | 有・無 | |
| 障害支援区分認定 | 有( 　　　　　　　　　 )・ 無 | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援  事 業 所 等 | （担当者　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 主　治　医 | 病 院 名 | （通院 　月　　回） | | | | | | | | | |
| 医師氏名 |  | | | | | | | | | |
| 傷 病 名  既 往 歴 |  | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | 年齢 | 続柄 | | 住　所  （被援助者と同一住所は同上と記載） | | | | | | ケアラー  該当は○ |
|  |  |  | |  | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | | | |  |
|  |  |  | |  | | | | | |  |
| 緊急連絡先  （申請者と同一の場合不要） | 住　　所 |  | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | 被援助者  との続柄 |  | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |

【家族以外のケアラー】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアラー① | 住　　所 |  | | | | |
| 氏　　名 | （　　　　　　　　　） | | | | |
| 電話番号 |  | 被援助者  との続柄 | |  | |
| 援助内容 |  | | | | |
| ケアラー② | 住　　所 |  | | | | |
| 氏　　名 | （　　　　　　　　　） | | | | |
| 電話番号 |  | 被援助者  との続柄 | |  | |
| 援助内容 |  | | | | |
| ケアラー③ | 住　　所 |  | | | | |
| 氏　　名 | （　　　　　　　　　） | | | | |
| 電話番号 |  | 被援助者  との続柄 | |  | |
| 援助内容 |  | | | | |
| ケアラー④ | 住　　所 |  | | | | | |
| 氏　　名 | （　　　　　　　　　） | | | | | |
| 電話番号 |  | | 被援助者  との続柄 | |  | |
| 援助内容 |  | | | | | |