

下記に記入及び該当する項目にチェックしてください

生活機能低下の原因及び経過、今後の回復見込みなど

主治医

医療機関名

電話番号

診断名

診断日

世帯状況

65歳以上のひとり暮らし世帯

高齢者世帯

同居人氏名(続柄) :

()
(要支援 ・ 要介護 ・)

希望内容等

食材の買物・食事の準備(調理含む)

寝具類等の洗濯・日干し、クリーニングの洗濯物搬入出

家屋内の整理・整頓

生活必需品の買物

その他

週2時間までを限度とする

時間

午前

・

午後

曜日

(都合の悪い曜日)

月

・

火

・

水

・

木

・

金

緊急時の連絡先

1氏名

対象者との関係

住所

電話番号(第1)

(第2)

(第3)

2氏名

対象者との関係

住所

電話番号(第1)

(第2)

(第3)

市確認欄

65歳以上

ひとり暮らし高齢者認定あり

又は

同居人の情報確認

介護保険情報

過去に申請歴なし 非該当(

認定あり(要支援 要介護、