

筑後市シルバーお助けサービス事業新規・継続利用申請書

筑後市長 様

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号
続柄

筑後市シルバーお助けサービス事業の利用について、以下のとおり申請します。

利用者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	筑後市大字			電話番号	
資 格	事業対象者 (チェックリスト実施日： 年 月 日) 要支援1・2 (認定期間： 年 月 日 ～ 年 月 日) 要介護1・2・3・4・5 (認定期間： 年 月 日 ～ 年 月 日)					
利用項目 (希望するサービスに☑を付けてください)	☐	1号. 外出の援助				
	☐	2号. 宅配の手配、食材の買物等の食事及び食材の確保				
	☐	3号. 洗濯及び洗濯物の整理整頓				
	☐	4号. 大物の洗濯、日干し又はクリーニングの洗濯物搬出入				
	☐	5号. 生活範囲内における家屋内の軽微な掃除及び整理整頓				
	☐	6号. その他、生活支援に資する軽易な日常生活の援助 ()				
利用希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 回／週 時 分 ～ 時 分の 時間					
緊急連絡先	住所： 氏名： (続柄) 連絡先：					
特記事項						