

第1号様式		受付番号				
舟橋村家族介護技術支援事業利用申込書・同意書						
(宛先) 舟橋村長		年 月 日				
		申込者氏名 (利用者との続柄:)				
下記のとおり、専門職派遣を申し込みます。この申込にあたり、住所や世帯情報等を確認されることや、サービス提供に 関して関係機関と情報共有など連携したり、訪問されることについて同意します。						
利用者の 状況	氏 名			年 月 日生(歳)		
	住 所	(〒) 富山県中新川郡舟橋村 (アパート等の場合は方書、号数まで記入) 〔電 話〕() - 〔日中連絡のとれる電話番号・携帯等〕() -				
	介 護 の 状 況	認定区分	要支援 □1 □2 要介護 □1 □2 □3 □4 □5 □申請中		有効 期間	年 月 日から 年 月 日
		入院又は入所 施設名称			入院(入所)日(/) 退院・転院(退所)予定日(/)	
	提 出 代 行 者	※以下の場合、該当するものに○をして事業所名称等をご記入ください。 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所 事業所名称 電話番号 () (担当者名)				
世 帯 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日	職業・学校	備 考	
	(生計中心者)					
派 遣 希 望	理 由					
	事業者名					
	サービスの 内容	身体 介護		生活 介護		
備 考						

(注) 次のいずれかに該当する場合には、原則として専門職を派遣しません。

(1) 本人又は同居する家族が感染症を有すると認められるとき。

(2) その他派遣することが不適当と認められるとき

(注2) 申込の事項に変更が生じたとき又は利用を廃止する必要が生じたときは、
速やかに舟橋村生活環境課に連絡してください。(電話番号 076-464-1121)

(注3) この申込書で得た情報は目的とするもの以外には使用しません。

確認者

同意書

1. ご利用に際し、利用者の心身の状態等により、事業者が舟橋村役場等から情報提供を得ること。
2. 事業実施後、継続支援が必要な場合等、事業者が舟橋村役場等に連絡すること。
3. 事業の利用について、次のことを遵守すること。
 - (1) 感染症罹患等緊急の理由が無くキャンセルする時は、派遣予定日の前日の午後3時まで連絡します。
 - (2) 専門職の仕事内容は、別紙に書いてある提供内容から選びます。
 - (3) 以上のことのほか、気になることや心配なことは、その都度事業者や介護支援専門員等に相談します。

舟橋村家族介護技術支援事業を利用するにあたり、以上の項目に同意します。

利用者氏名 _____

代筆者氏名 _____

(利用者との関係: _____)

派遣決定会議

開催日時	年 月 日 () : ~ :	場所:
メンバー		
議事内容		
利用可否	可 ・ 不可	
サービス内容		
派遣回数	回 ()	