

様式第1号(第4条関係)

生活支援ハウス高齢者介護予防支援通所事業申請書

年 月 日

指定管理者 様

申請者 住所

氏名



電話

高齢者介護予防支援通所事業を受けたいので、次のとおり申請します。

利 用 者	住 所			生 年 月 日	年	月	日
	ふりがな 氏 名			年 齢	歳	性別	男・女
連 絡 先	住 所			電 話 番 号	自 宅 勤 務 先		
	氏 名			利用者との続柄			
同 居 家 族 の 状 況	氏 名	続柄	性別	職業(勤務先)	備 考		
希 望 す る 理 由							
希望するサービスに○を付けてください。	<p>基本事業</p> <p>ア 生活指導 イ 日常動作訓練</p> <p>ウ 教養講座(健康・生きがい関係)</p> <p>エ 趣味活動 オ 健康チェック</p> <p>カ 給食サービス キ 入浴サービス</p> <p>ク 送迎サービス</p> <p>特別事業</p> <p>ア 運動器機能向上 イ 栄養改善</p> <p>ウ 口腔機能向上</p> <p>エ 閉じこもり、認知症、うつ予防事業</p> <p>オ その他介護予防の観点から効果が認められる事業()</p>						