（　利用者　⇒　団体　）

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日**尼崎市訪問型支え合い活動　利用申込書**（宛先）　団 体 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申込者）住　　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問型支え合い活動を利用したいので、次のとおり申し込みます。 |
| 認定状況 | □要支援１　□要支援２　□事業対象者□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５□認定なし ⇒ 以下に申込理由を記載ください　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | 歳 |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※介護保険被保険者証に記載されている10桁の被保険者番号を記載してください。 |
| 担当の地域包括支援センター | □中央東　□中央西　□小田北　□小田南　□大庄北　□大庄南□立花北　□立花南　□武庫東　□武庫西　□園田北　□園田南 |
| 希望する生活支援活動 | □軽易な家事支援□買物　　　□ごみ捨て　　　□掃除　　　　□洗濯 |
| □すきま介護　　□電球交換　□庭木の手入れ　□家具の移動　□大掃除　　□代筆・代読 |
| 緊急連絡先 | 住所 |  |
| 氏名 | 続柄（　　　　） |
| 電話番号 | 自宅：携帯電話： |
| 特記事項 |  |