（経由機関名　　　　　　　　　　）

ホームヘルパー派遣(変更)申請書

平成　　　年　　　月　　　日

浅川町長　須藤 一夫　　様

住所

申請者氏名

（電話番号　　　　　　　　　利用者との続柄　　　）

下記のとおり老人(障害児・者)ホームヘルプサービス事業を利用(変更)したいので，浅川町ホームヘルプサービス事業運営要綱第5条第1項(第7条)の規定により申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者名 |  |
| 利用者の身体の状況等 | 別紙「在宅福祉事業利用者状況調書」のとおり |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望する派遣(変更後)の内容(該当する項目を○で囲むこと。) | | | |
| 1週当たりの派遣回数　　　　　　　　回 | | 1回当たりの派遣時間数 | 時間 |
| 身体の介護 | 食事の介護・排せつの介護・衣類着脱の介護・入浴の介護・身体の清拭・  洗髪・通院介助・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 家事援助 | 調理・衣類の洗濯・衣類の補修・掃除・整理整頓・生活必需品の買い物・  関係機関等との連絡・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 相談  助言  (指導) | 生活，身上，介護に関する相談，助言(指導)  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者世帯の生計中心者 | | | | |
| 氏名 |  | 前年所得税課税年額 | 年分 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急派遣の場合 | | | |
| 理由 |  | 活動内容 |  |

(注)1　変更の申請の際には，変更する項目のみを記載すること。

2　前年所得税の課税額を証明する書類を添付すること。

3　「緊急派遣の場合」欄については，該当する場合のみ記入すること。