第2号様式（第5条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

軽度生活援助事業利用申請書

（あて先）平群町長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ | 性 別 | 男 ・ 女 | 年　齢 | 歳 |
|  | 生年月日 | 明 ・大 ・ 昭　　 年　　 月　　 日 | | |
| 住　所 | 〒636-  平群町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【電話番号】 | | | | |

１　利用を希望するサービスに○をつけて下さい

* 複数選択可。ただし利用できるのは月に８時間以内です。
* 介護認定者は、介護サービスに該当するサービスは利用できません。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望サービス | ①　屋内軽作業  　　　　　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）  ②　屋外軽作業  　　　　　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）  ③　付き添い（目的地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）  ④　その他  　　　　 （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） |

２　希望する利用日等を記入してください。

①　毎週　（　　）曜日（午前・午後）　　時　　　分　　～　 　時　　　分

② 指定する週（第１・２・３・４・５）　（希望サービス番号　　 番）

　　　　　（　　）曜日（午前・午後）　　時　　　分　　～　　 時　　 分

③　希望日時

３　その他