生きがい活動支援通所事業（生きがいデイサービス）利用申請書

（太枠内をご記入ください）

介護保険被保険者番号											行政区	
利用者氏名								生年月日			明・大・昭　年　月　日	
利用者住所	小郡市										性　別	男・女

家族の状況	氏　名	続柄	氏　名	続柄

申請理由

～利用者状況チェック～　該当する番号に「〇」をつけてください。（複数回答可）

1．運動・リハビリのため　　2．閉じこもり予防のため
3．認知症予防のため　　4．うつ予防のため
5．友人・知人との交流のため　　6．外出の機会を増やすため
7．介護負担軽減のため
8．その他（　　）

小郡市長　殿

上記のとおり、生きがい活動支援通所事業（デイサービス）の利用について申請します。

年　月　日

電話番号

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　）

※この事業は、介護保険で要支援以上の判定を受けた方は利用できません。

介護認定を受けられた方は、残った利用券の返却をお願い致します。又、原則として利用券の再発行はいたしませんので、受け取られた利用券は大切に保管してください。

【長寿支援課記入欄】

認定の有無	有（　　）・無	確認年月日	年　月　日
決定の内容	該当・非該当	交付年月日	年　月　日

上記のとおり決定して
よろしいかお伺いします。

年　月　日決裁

課長	係長	担当

受付