

高齢者暮らしのお手伝い事業利用申請書

令和 年 月 日

足利市長あて

申請者	住所 足利市		電話番号 ()			
	フリガナ		性別	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)	
	氏名					男 女
要介護認定の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援1・2、要介護1・2・3・4・5) 居宅介護事業所()						
家族状況	氏名	続柄	年齢	同居・別居	備考(連絡先等)	
	緊急連絡先	氏名 住所	電話番号 () 対象者との続柄			

世帯の市民税の課税状況について、市が確認することに同意します。

利用希望サービス内容	
申請理由	

※ 利用者によりサービス内容に制限があります。裏面をご覧ください。

※ 市民税非課税世帯の方が対象になります。利用料として事業経費の1割を負担していただきます。

提出代行者	氏名 住所	電話番号 () 対象者との続柄
-------	----------	---------------------

※以下は、記入しないでください。

決定(伺)

発議 . .	確認者	起案者	チーム	リーダー	課長等	公印保管者
決裁 . .						

(裏面もご覧ください。)

〈利用できるサービス・対象者〉

1. 家事援助 A

掃除・洗濯・買い物・調理等

2. 家事援助 B (介護保険のサービスにない家事援助)

庭掃除・大掃除・引越し荷まとめ等

3. 身体介助 A

身の回りの世話・外出の付き添い等

4. 身体介助 B (介護保険のサービスにない身体介助)

通院介助・院内介助等

5. その他

除草作業・庭木の剪定・家具等の修繕・障子の張替・畑仕事等

	1. 家事援助 A	2. 家事援助 B	3. 身体介助 A	4. 身体介助 B	5. その他
一般高齢者	○	○	○	○	○
介護認定者		○		○	○

※援助の提供にあたっては、シルバー人材センターの関係規定等に基づきます。

〈費用の負担〉

(1) 利用料は、次表に定める割合の負担となります。

生活保護世帯 市民税非課税世帯	事業経費の1割
--------------------	---------

(2) 利用できる事業経費の限度額は、1世帯あたり月額10,000円となります。
10,000円を超えた費用については、全額自己負担となります。