

山陽小野田市長 藤 田 剛 二 様

申請者（行かれる方）

住所 山陽小野田市

氏名

被介護者との関係（ ）

連絡先（TEL）

山陽小野田市家族介護支援事業 利用申請書

次のとおり山陽小野田市家族介護支援事業を利用したいので申請します。

利用を希望する事業	家族介護者交流事業			
介護を受けておられる方(被介護者)				
フリガナ	明・大・昭			男・女
氏名	生年月日	年 月 日		
			(0836)	
住所 山陽小野田市	電話	-		
介護の状況： <input type="checkbox"/> 介護度()				
同居家族の状況				
氏名	続柄	生年月日	性別	職業
		. .	男・女	なし・あり()
		. .	男・女	なし・あり()
		. .	男・女	なし・あり()
		. .	男・女	なし・あり()
※「続柄」は、被介護者からみた続柄です。				

《参加希望の会場》 ご希望の月日・会場に☑を入れてください。

- 2月 7日（月） 中央福祉センター（千代町）
- 2月24日（木） 山陽総合福祉センター（大字鴨庄）

《マッサージの希望》 あてはまるところに☑を入れてください。

- 足つぼマッサージ希望 足つぼ・ハンドどちらでも可能な方を希望
- ハンドマッサージ希望 マッサージは希望しない

※ ご希望に添えない場合は、事前に担当からご連絡させていただきます。

《担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）》 ←おられる場合

（事業所名： _____ 担当者： _____ ）

※ ご提出いただきました申請書は、本事業実施目的以外には使用いたしません。