

## 住民主体の生活支援サービス情報提供書

## 1. サービス希望者の概要

作成日

令和〇年〇月〇日

ふりがな氏名	みと うめこ 水戸 梅子	性別	男・女	生年月日	昭和〇年〇月〇日 (〇〇)歳
住所	水戸市中央1-4-1			電話番号	029-123-4567
家族構成	独居・同居( )			駐車場	有・無(近くに空き地あり)
利用者区分	事業対象者・要支援・要支援2 継続利用要介護者(要介護【 】)			認定有効期間	RO年〇月〇日~ RO年〇月〇日
被保険者番号	0001234567			認定年月日	RO年〇月〇日
緊急連絡先	氏名 水戸 太郎	続柄(長男)	電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	氏名 水戸 花子	続柄(長男妻)	電話番号 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

## 2. サービス希望者の思い・考え

今の状況	腰痛のため、長距離歩行や屈む姿勢が困難であり、重い物が持てない。
できるようになりたいこと	買い物ができるようになりたい。 屈む動作が必要な場所の掃除をしたい。
できないのでやってほしい項目	・買い物 ・掃除機かけ、トイレ・浴室の掃除

## 3. 生活支援サービスを依頼する団体名

〇〇〇
-----

## 4. 情報提供の同意

<p>私は、住民主体の生活支援サービス(以下、「本サービス」という。)の利用を希望するにあたり、住民主体の生活支援サービス情報提供書の情報を水戸市及び上記「3」の団体に提供することに同意します。</p> <p>また、本サービスの適切な運営並びに活動支援補助金及び利用者負担金の算定に必要があるときは、私の本サービス利用状況について、上記「3」の団体から水戸市に提供することに同意します。</p> <p>令和〇年〇月〇日 氏名 水戸 梅子</p>
--

## 5. 情報提供書作成者

事業所名	〇〇高齢者支援センター または 〇〇居宅介護支援事業所		
連絡先	担当者 高齢 福子	電話番号	029-232-9110

※原本は高齢福祉課地域支援センターへ、写しは生活支援サービス提供団体へ提出してください。