様式1-1（個人）

**在宅介護アドバイス事業　申込書**

甲賀市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　令和　　年　　月　　日

　申込者氏名

本人　家族　ケアマネ　事業所　医療機関　その他

郵便番号　　　－

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所・医療機関名

電話番号

私は、在宅介護コーディネーターの派遣を申し込みます。

また、当該事業に関して介護支援専門員や主治医等関係者等への個人情報の提供について同意します。

【訪問先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護者 | フリガナ |  |
| 氏 　 名 |  |
| 連 絡 先 | 電話番号 |
| 住　　所 | 〒　　　-  甲賀市 |
| 訪問希望日時 | | 月・火・水・木・金　AM ・ PM （　　　　）※時間要相談 |
| 備　　　　考 | | （困っていること、聞きたいこと等） |

【添付資料】

介護保険を利用している場合介護支援専門員が作成するケアプラン

（フェイスシート・第1～３表）の写しの提出

【留意事項】

提供いただいた個人情報については、在宅医療、介護関係者以外で

使用することはありません。