様式１

東郷町自立支援応援事業　依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者 |  |
| 連絡先 |  |

下記のとおり、東郷町自立支援応援事業を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 希望する職種　　　※希望する職種に〇を付す | | | | | | | |
|  | リハビリ職 |  | 管理栄養士 | | |  | 歯科衛生士 |
| 1. 対象者情報 | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | 性別 |  | | |
| 1. 現在利用中の介護保険サービス・インフォーマルサービス　※利用頻度も記載 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 1. 希望する支援内容等 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 1. 訪問等の希望日時　（できるだけ候補を多く記載をお願いします。） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

※その他、詳細情報については、別紙のとおり。（ステップ２またはその他の基本情報等）