

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

（宛先） 甲州市長

（申請者）

住 所
団体名
氏名又は代表者名
連絡先

甲州市地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

リハビリテーション専門職等の派遣を受けたいので、甲州市地域リハビリテーション活動支援事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

派遣場所		(住所)				
		(施設名)				
希望日時	第 1 希望	年	月	日 ()	時	分から
	第 2 希望	年	月	日 ()	時	分から
	第 3 希望	年	月	日 ()	時	分から
依頼内容		☐日常生活動作等についての助言及び支援 ☐福祉用具の適合や設置等についての助言及び支援 ☐住宅改修の内容等についての助言及び支援 ☐介護予防運動等についての助言及び支援 ☐その他 具体的な内容 []				
個別支援の場合	住所					
	氏名					
	生年月日					
	連絡先					
	要介護(支援)度	総合事業	要支援 1	2	要介護 1	2 3 4 5
	甲州地域リハビリテーション活動支援事業の実施にあたり、私の個人情報が必要な範囲内でリハビリテーション専門職等に提供することに同意します。					
本人署名						

