令和　　年　　月　　日

山陽小野田市長　藤　田　剛　二　様

（申請者）

★ 住所　〒
山陽小野田市

★ 氏名

被介護者との関係（　　）

★ 連絡先　（TEL）
（日中ご連絡が取れる電話番号をお書きください）

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　・　(家族介護教室)

介護を受けておられる方（被介護者）

フリガナ 氏　名	大・昭 生年月日 年　月　日	男　・　女
住　所　山陽小野田市	(０８３６) 電　話　　－	
★介護の状況：　介護度　〔要支（　）　要介（　）〕		

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。

《★参加の方法》
□ 現地へ直接行く
□ 送迎車を利用する→（乗車希望場所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
↑ご希望に添えない場合もあります。

《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。
※　★が書かれている項目には、必ずご記入をお願いします。