

平成29年度 虚弱高齢者等ハウスクリーニングサービス申込書

平成 年 月 日

1. 対象者 ※住所については、マンション・アパート名も記載してください。

住所	門真市	電話番号	() -	男	
ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	女	
氏名			(歳)		
要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5 ※確認欄には記載しないで下さい				
認定年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			要介護状態区分 確認欄	適・否
所得の状況	非課税世帯 ・ その他 ()			所得状況 確認欄	適・否
駐車スペースの有無	有・無	訪問介護員(ホームヘルパー)の派遣の有無	有・無	前年度実施状況 確認欄	有・無

2. 家庭の状況

対象者の状況: () ひとり暮らしで、虚弱のまたは認知症の状態にある
 () 高齢者のみの世帯に属し、世帯全員が虚弱または認知症の状態にある
 () その他()

住居の状況: 持ち家 ・ 借家 (公営 ・ 民営) 居住年数 (年)

居室の状況: 部屋数 (室) うち畳敷(室)、板敷(室)

汚れの状態: ① かなりひどい(ごみが散乱) ② ひどい

家具の状態: ① 多い ② ふつう ③ 少ない

3. 清掃実施箇所<実施箇所 ○印・重点清掃箇所 ◎印を1つ>

畳の清掃() 天井の埃はらい() 電球の笠の埃はらい()
 壁面、障子、棧などの埃はらい() 押入れの清掃() 棚の清掃()
 拭き掃除() トイレの清掃() 浴室の清掃()
 台所の清掃() 窓ガラス・網戸・サッシ() その他()

4. 実施希望日時

第1希望: (月)(日) AM・PM(時)から ◇その他希望曜日・時間帯
 第2希望: (月)(日) AM・PM(時)から (曜日)・(時)から

5. 立会人:上記申請内容を確認し、当日清掃開始から終了までの立会いを行います。(※親族不可)

住所		電話番号	() -
氏名	Ⓜ	所属 (事業所)	職名

社会福祉法人門真市社会福祉協議会 会長 様

社会福祉法人 門真市社会福祉協議会 虚弱高齢者等ハウスクリーニングサービス実施要綱第3条の規程に基づき申し込みます。
 なお、本要綱第2条(対象者)の適否について行政担当課に照会を求めると、ならびにサービスを受けるにあたり必要な電力・水などの無償提供に同意するとともに、清掃専門業者の車輛の駐車料金を負担することを了承します。

平成 年 月 日

申請者 (ご本人) { 住所 門真市
 氏名
 電話

備考(注意事項など)

※1 尚、申請に虚偽があった際は、当該サービスに要した費用の返還を求めます。

※2 尚、年度末の申請につきましては、3月16日までの申請で、次年度4月13日までに実施可能分を今年度分として受付させていただきます。

全体番号() 校区名() 校区番号()