様式第1号（第4条関係）

長与町地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

申請日　　年　　月　　日

長与町長　様

申請団体・事業所名

代表者名

申請者

住所（所在地）

連絡先

次のとおり、専門職の派遣を希望し、申請します。

申請者の職種	□　居宅介護支援専門員 □　施設介護支援専門員 □　地域包括支援センター職員	□　介護事業所職員 □　その他町長の認める者
対象者	（個別支援）対象者の情報 住　所： 氏　名： 生年月日： 介護認定：	サービス種別　： 参加予定人数　：
派遣希望日	①　　年　　月　　日（　　）　午前・午後 ②　　後日、調整可能	
派遣依頼職種	理学療法士　・　作業療法士　・　言語聴覚士 管理栄養士　・　歯科衛生士　・　その他（　　）	
派遣依頼内容		
備考		

（個別支援希望の場合、下記の記入もお願いします）

支援に必要な個人情報提供について、対象者の同意確認は、申請者において確認しました。

同意確認の有無（どちらかに〇をつけてください）　　有　・　無

※個別支援希望の場合は、基本情報、アセスメントシート、ケアプランを添付資料としてご提出をお願いします。