

情報提供に関する同意書（介護保険外福祉用具貸与）

「やない生活応援資源ブック」において、下記の内容を市民等に情報提供することについて同意いたします。

令和 年 月 日

事業所・団体名

代表者

メールアドレス

介護保険外福祉用具貸与（令和 年 月 日現在）

事業所名				
事業所住所	〒			
連絡先	TEL		FAX	
担当者	役職		氏名	
実施エリア	<input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 日積 <input type="checkbox"/> 伊陸 <input type="checkbox"/> 大畠 <input type="checkbox"/> 新庄 <input type="checkbox"/> 余田 <input type="checkbox"/> 伊保庄 <input type="checkbox"/> 阿月 <input type="checkbox"/> 平郡			
利用条件	非該当及び未申請者	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可		
	要支援 1.2、要介護 1 の方	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可		
	要介護 2 以上の方	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可		
種類	介護ベッド一式	(円/月～)	備考
	車いす	(円/月～)	備考
	吸引機	(円/月～)	備考
	その他	(円/月～)	備考
年間休日	<input type="checkbox"/> 年中無休 <input type="checkbox"/> 年末年始 (~) <input type="checkbox"/> 盆 (~) <input type="checkbox"/> 定休日 ()			
営業日				
PR				

※内容に変更が生じた場合は、別紙 2 の変更届で情報提供をお願いします。

提出先・問い合わせ先

柳井市役所健康福祉部高齢者支援課 柳井市地域包括支援センター

〒742-8741 山口県柳井市南町一丁目 10 番 2 号

TEL 0820-22-2111 FAX 0820-23-7566