

宇部市短期集中予防サービス(通所型C)実施申請書

年 月 日

宇部市長 様

申請者 住 所:

名 称:

役職名:

代表者名:

宇部市短期集中予防サービス(通所型C)実施要綱に基づく短期集中予防サービス(通所型C)を実施したいので、次のとおり申請します。

実施事業所	名 称				
	所在地				
	管理者氏名				
	電話番号				
契約者 (事業者)	名 称				
	所在地				
	代表者の 職名・氏名				
	電話番号				
従事者	氏 名	職 種			
サービス提供日・ 時間・定員	曜日	サービス提供時間	定員(人)		
サービス提供可能 圏域	東部	西部	中部	北部	南部
送迎車	台				

○事業計画

【プログラムの具体的な内容や手法について記入してください。】

項目	内容(想定される職種、具体的な取り組み内容)
セルフマネジメントプログラム	
口腔機能向上プログラム	
栄養改善プログラム	
社会参加プログラム	
IADLプログラム	
運動機能向上プログラム	
訪問プログラム	

以下の項目について、事業所としての方針を記入してください。

【 本事業に応募した動機について 】

【 本事業を通じて実現したい高齢者の状態像について 】

【 高齢者の可能性を引き出し、できる限り自身の力を活かしながら自分らしい生活を取り戻す手法について 】

【 高齢者がセルフマネジメント能力を高め、日々の生活の中で自信をつけていく手法について 】

【 サービス終了後も生きがいを持って活動を継続していくために必要な地域資源の考え方について 】

【 本事業における事業所独自の特色・工夫などについて 】