

福祉サービス利用援助事業利用意向確認書

令和 年 月 日

名古屋市障害者・高齢者権利擁護センター所長様

私は以下の内容を了解した上で福祉サービス利用援助事業の利用を希望します。

福祉サービス利用援助事業における金銭管理サービスの内容

- 通帳と印鑑、キャッシュカードを権利擁護センターがお預かりします。
- 生活費のお届けやご本人管理口座への振替、福祉サービス利用料や公共料金等必要な支払いは、原則として最大週1回、施設入所中の方は月1回の頻度で約束の曜日と時間を決めて、定期的に支援します。
決められた生活費の範囲内でのやり繰りをお願いしますが、臨時・緊急の費用は関係機関と相談の上で対応させていただきます。
- 支援できるのは日常的な金銭管理の範囲内であり、不動産の処分や消費者被害への対応、賃貸借契約や借金の整理、遺産相続の手続き等をご本人に代わって行う事はできません。
※上記が必要になる場合は、成年後見制度の活用をご検討ください。

個人情報の提供について

福祉サービス利用援助事業利用に必要な範囲で、私の支援者から名古屋市社会福祉協議会へ私の個人情報を提供する事に同意します。

利用希望者

※ご本人の利用意志確認のため、原則としてご本人による自署をお願いします。

(身体的に自署が不可能など、特別な事情がある場合はご相談ください。)

※いただいた個人情報は適正に管理します。

フリガナ		生年月日	居住区
氏名		大・昭・平 年 月 日	区

【利用意向確認書送付者】

事業所名	
担当者名	
連絡先電話番号	

※FAX または郵送で担当地域のセンターまでお送りください。

北部事務所 ☎ : 052-919-7584

FAX : 052-919-7585

南部事務所 ☎ : 052-678-3030

FAX : 052-678-3051

東部事務所 ☎ : 052-803-6100

FAX : 052-803-6600

西部事務所 ☎ : 052-433-6580

FAX : 052-433-6579

個人情報が含まれるため、誤送付にご注意ください。