

穴水町在宅高齢者等生活支援事業利用申請書

穴水町長 様

申請者氏名
 申請者住所
 電話番号
 利用者との続柄()

在宅高齢者等生活支援事業サービスを利用したいので、下記のとおり申し込みます。

		申請日		年 月 日		
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更	希望するサービスの種類	<input type="checkbox"/> 配食サービス事業 <input type="checkbox"/> 生活管理指導ショートステイ事業 <input type="checkbox"/> (※)訪問理美容サービス事業 <input type="checkbox"/> (※)介護用品支給事業			
申請理由						
利用者	住所 〒					
	ふりがな	生年月日		年 月 日	性別	
	氏名			(歳)	男・女	
同居家族	氏名	生年月日	続柄	主たる介護者	住所	
		年 月 日			氏名	
		年 月 日			電話	
		年 月 日		緊急連絡先	住所	
		年 月 日			氏名	
		年 月 日			利用者との続柄	
	年 月 日			電話		
身体障害者手帳の有無	有・無	障害名	障害の程度	種 級		
				種 級		
要介護認定の有無	有・無	要介護状態区分	要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5			
要介護認定日	年 月 日		介護保険被保険者番号			
ケアマネ担当の有無	有・無	居宅介護支援事業所		氏名		

(注) ※のサービスを利用する場合は、介護保険被保険者証(要介護3以上)のコピーを添付して下さい。

(裏面)

サービスの種類	希望するサービスの内容 (該当する項目に記入、または番号に○をつけてください。)		
配食サービス	希望曜日	月・火・水・木・金・土 (開始日 令和 年 月 日)	ご飯セット・おかずのみ
生活管理指導 ショートステイ	利用希望 年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

<町記入欄>

決定の 可否	可・不可	決裁	課長	課長補佐	係長	係	<受付印>
特記事項							