

幸田町在宅福祉事業利用申請書

令和 年 月 日

幸田町長 様

申請者 住所 幸田町大字 字

氏名

(電話番号 ー )

次のとおり幸田町在宅福祉事業の利用をしたいので、必要書類を添えて申請します。

利用申請 事業名	ホームヘルプサービス(身体介護 家事援助 相談等) 寝具洗淨乾燥 紙おむつ給付 移動入浴 給食サービス			
サービスの 対象者	フリガナ		生 年 月 日	明治 大正 昭和  年 月 日(満 歳)
	氏名			
	住所	幸田町大字 字		
対象者の状況	要介護( )・身体障害者(児) 級・療育手帳( )・高齢者			
世帯の状況	独り暮らし・老夫婦世帯・二世帯同居世帯・三世帯同居世帯			
申請理由 (具体的に)				
主治医	医師氏名		医療機関名	
	医療機関所在地			
	電話		FAX	
緊急連絡先	氏名		電話	
	住所		続柄	
緊急連絡先	氏名		電話	
	住所		続柄	
同意書(委任状) 利用者負担額等決定のために必要があるときは、私の課税状況に係る公簿の閲覧に関し所定の申請 権限を幸田町長に委任します。また、私は世帯の課税状況に係る公簿の閲覧について、本人の委任を受 けております。  氏名 印				
備 考	【事務局欄】 受付番号_____ 決定・却下 給付開始_____月~2000・4000円 民生No _____ : ○介護被保番_____ ○要介護度 3・4・5/介3以上開始R_____~ ○障害者担当確認 済・未 ○課税状況 課税・非課税			

\*申請書の押印は、氏名を自署する場合は省略することができる。