

幸田町在宅福祉事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 幸田町長

申請者 住所 幸田町大字 字 番地

氏名

(電話番号)

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 (<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 相談等) <input type="checkbox"/> 寝具洗淨乾燥 <input type="checkbox"/> 紙おむつ給付 <input type="checkbox"/> 移動入浴 <input type="checkbox"/> 給食サービス | | | |
| サービスの 対象者 | 氏名 | | | |
| | 個人番号 | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | |
| | 住所 | 幸田町大字 字 番地 | | |
| 対象者の状況 | <input type="checkbox"/> 要介護() ・ <input type="checkbox"/> 身体障害者(児) 級 ・ <input type="checkbox"/> 療育手帳() ・ <input type="checkbox"/> 高齢者 | | | |
| 世帯の状況 | <input type="checkbox"/> 独り暮らし ・ <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 ・ <input type="checkbox"/> 二世帯同居世帯 ・ <input type="checkbox"/> 三世帯同居世帯 | | | |
| 申請理由 (具体的に) | <input type="checkbox"/> 【おむつ券】 おむつ等の介護用品を日常的に使用しているため。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 【寝具洗淨】 寝たきり状態で寝具の洗淨乾燥が困難であるため。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> () | | | |
| 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。 サービス対象者 氏名 | | | | |
| 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。