

行橋市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

行橋市長 様

年 月 日

下記のとおりサービスを利用したいので、申請をします。

フリガナ					
利用者氏名	Ⓜ	性別	男・女	生年月日	年 月 日生(歳)
住 所					電話番号
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他()				
介護保険認定状況等	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	利用中のサービスの種類と内容等				
申請するサービス			申請理由		
予 防 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 訪問型介護予防事業				
	<input type="checkbox"/> 通所型介護予防事業				
生 活 支 援 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 食の自立支援事業				
	<input type="checkbox"/> 在宅ショートステイ事業				
	<input type="checkbox"/> 高齢者生活支援事業				
	<input type="checkbox"/> 緊急時の福祉用具貸与				
	<input type="checkbox"/> その他のサービス(見守り支援等)				

※この申請に関わる負担調査のため、サービス利用決定に必要な課税証明等に代えて、サービス利用者の世帯状況について、行橋市役所の電子計算機に記載されている税情報等を利用することに同意します。
また、サービス利用に関する支援計画書等を関係機関に提示することに同意します。

同意者氏名 _____ 印 _____
(本人との関係 : _____)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名			本人との関係
住 所	〒 _____		電話番号 _____