様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日

幕別町長　　　　　様

（申請者）

住　所

氏　名

電話番号

（利用者との続柄　　　　　　　　）

次のとおり介護保険補完事業の利用を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　（　　歳） | 電話番号 |  |
| 世帯区分 | □65歳以上ひとり暮らし　□65歳以上のみ世帯　□その他世帯（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体障害者手帳 | □なし　□あり（　　種　　級　障害名　　　　　　　　　　　） |
| 介護度 | □認定なし　□要介護（　　　　）　□要支援（　　　　）　 |
| 利用したい事業に〇利用している事業に● |  | 食の自立支援サービス |  | 緊急通報装置設置事業 |
|  | 生きがい活動支援通所事業 |  | 「お元気ですか」訪問 |
|  | 外出支援サービス |  | 介護用品等給付事業 |
| 事業を申請する理由 |  |
| 同居する世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考 |
|  | 本人 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 家族等の連絡先 | フリガナ |  | 利用者との続柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  |