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 | |  | |