

様式第 1 号（第 2 条関係）

介護保険補完事業利用申請書

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○ 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		