様式第１号（第２条関係）

令和　　年　　月　　日

幕別町長　　　　　様

（申請者）

住　所

氏　名

電話番号

次のとおり介護保険補完事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業を利用する者 | フリガナ |  | 男・女 | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 年齢 | 　　歳 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 利用したい事業（該当に○印を） |  | 食の自立支援サービス(一般食型) |  | 布団洗濯乾燥サービス |
|  | 食の自立支援サービス（健康管理食型） |  | 緊急通報装置設置事業 |
|  | 軽度生活援助事業 |  | 「お元気ですか」訪　　問 |
|  | 生きがい活動支援通所事業 |  | 介護用品等給付事業 |
|  | 外出支援サービス |  |  |
| 食の自立支援サービスに係る利用希望日(該当に○印を) | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| 昼 | 昼 | 昼 | 昼 | 昼 | 昼 | 昼 |
| 夜 | 夜 | 夜 | 夜 | 夜 | 夜 | 夜 |
| 事業を申請する理由 |  |
| 利用者の身体状況等 | 現在の疾患等 |  | かかりつけの医院等 |  |
| 事業を利用する者と同居する世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 別居家族等の連絡先 | フリガナ |  | 男・女 | 申請者との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  | 年齢 | 歳 |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 町使用欄 | 公区名 |  | 民生委員名 |  |