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 |  |