

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

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							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				布団洗濯乾燥サービス			
		軽度生活援助事業				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			
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							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	
------	-------	--	-------	--