

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	<input type="checkbox"/> 65歳以上ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 65歳以上のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯 ( )					
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 種 級 障害名 )					
	介護度	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 要支援 ( )					
利用したい事業に○		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			
	利用している事業に●		外出支援サービス		介護用品等給付事業		
			布団洗濯乾燥サービス				
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				の続柄		
	住 所						
	生年月日		電話番号				