

様式第2号（第11条関係）

上天草市地域支援事業サービス利用申請書

記入例

令和〇年〇月〇日

上天草市長 様

申請者

住所 上天草市〇〇町〇〇〇

氏名 上天草 太郎

電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

本人との続柄 (〇〇)

自署

参加者（介護者）について記入してください。

次のとおり地域支援事業（第1号委託事業等）のサービスを利用したいので申請します。
また、サービス利用の可否の決定に必要があるときは、世帯の課税状況につき、市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

利用者 (被介護者)	住所	上天草市〇〇町〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	フリガナ 氏名	カミアクサハナコ 上天草 花子	生年月日	〇年〇 月〇〇日 (満〇歳)
		電話	〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇	

「介護を受けている人」について記入してください。

申請するサービス（申請したいサービスの種類に〇印を付けてください。）

	1 訪問型サービスB（第1号訪問事業）
	2 通所型サービスA（第1号事業委託事業者に限る）
	3 通所型サービスB（第1号通所事業）
	4 通所型サービスC（第1号通所事業）
	5 配食事業（第1号生活支援事業）
	6 生活支援サービス（第1号生活支援事業）
	7 離島ふれあい通所事業（一般介護予防事業）
	8 成年後見制度利用支援事業（任意事業）
	9 住宅改修・福祉用具購入支援事業（任意事業）
	10 介護用品支給事業（任意事業）
	11 家族介護慰労事業（任意事業）
〇	12 家族介護者交流事業（任意事業）
	13 地域ネットワーク栄養改善事業（任意事業）
	14 離島高齢者見守り事業（任意事業）

世帯状況

	ひとり暮らし世帯		日中独居世帯
〇	高齢者のみの世帯		その他の世帯

要介護認定の状況

要介護度	要介護〇	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
有効期間	令和〇年〇月〇日～ 令和〇年〇月〇日	担当ケアマネジャー	介護 ほっと									

確認欄（※介護用品支給事業、家族介護慰労事業又は家族介護者交流事業の場合のみ）

申請者は、令和〇年〇月〇日現在、在宅で被介護者を介護していることを確認しました。

所属名（居宅介護支援事業所）上天草相談所

氏名（ケアマネジャー名） 介護 ほっと

ケアマネジャーがいない場合には記入不要です。

原則記入をお願いします。