

上天草市地域支援事業サービス利用申請書

令和 年 月 日

上天草市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号
本人との続柄

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、サービス利用の要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			
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
			電 話	

申請するサービス（申請したいサービスの種類に○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）
	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
	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		被保険者番号																	
有効期間																			

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、 年 月 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）
氏 名（ケアマネジャー名）

参加確認事項

必要事項を記入し、該当するものに○をつけてください。

★参加者氏名＜介護者名＞：() 年齢 ()
行政区：()

★参加希望日を選んでください。（1日のみ）

	開催日	場所
	10月27日(火)	大矢野老人福祉センター
	10月28日(水)	上天草市役所松島庁舎
	10月29日(木)	姫戸老人福祉センター

★送迎希望ですか？送迎不要ですか？

() 送迎希望

☐ 自宅近くの分かりやすい場所を記入してください。
 ()

※事前に、電話で場所と時間の確認します。

() 送迎不要（自家用車等を利用し自分で会場に行く）

★介護に対する悩みがあればご記入ください。

同意欄

本事業の利用にあたり、タクシー会社、在宅介護支援センターへ、個人情報（氏名、住所、年齢、行政区、連絡先等）を提供することに同意します。

氏名 (自署)