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

年　　月　　日

　上天草市長　　　　　様

住　　　　所

氏名は自署もしくは代筆

申請者

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。

※パソコンで入力してある場合は、

**押印**してください。

　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 | 氏名は自署もしくは代筆 |
| フリガナ氏名（署名） |  | 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　通所型サービスＡ（第１号事業委託事業者に限る） |
|  | ２　通所型サービスＢ（第１号通所事業） |
|  | ３　配食事業（第１号生活支援事業） |
|  | ４　生活支援サービス（第１号生活支援事業） |
|  | ５　離島ふれあい通所事業（一般介護予防事業） |
|  | ６　成年後見制度利用支援事業（任意事業） |
|  | ７　住宅改修・福祉用具購入支援事業（任意事業） |
|  | ８　介護用品支給事業（任意事業） |
|  | ９　家族介護慰労事業（任意事業） |
|  | 10　家族介護者交流事業（任意事業） |
|  | 11　地域ネットワーク栄養改善事業（任意事業） |
|  | 12　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 |  | 担当ケアマネジャー |  |

　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）氏名は自署　　　氏　名（ケアマネジャー名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |