

射水市在宅サービス給付事業利用申請書

年 月 日

射水市長

申請者 住所
氏名
電話
(利用者との関係)

射水市在宅サービス給付事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	氏名			生年月日	年 月 日(歳)		
	住所			電話番号			
	区分	自立、事業対象、要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5) 要介護認定等申請中(新規・更新・前回判定) 身体障害者(1級・2級) 障害名 ひとり暮らし 高齢者世帯					
家族及び親族 (本人以外)	氏名	利用者との続柄	年齢	連絡先			
希望するサービス (該当欄に○)		自立高齢者等支援(ショートステイ)(利用希望施設名)					
		ミドルステイ(施設名) (居宅介護支援事業所名) (担当ケアマネジャー)					
		訪問理容					
		寝具丸洗い乾燥					
		軽度生活援助(内容)					
利用理由							
同意書	射水市在宅サービス給付事業の決定に係る審査のため、私及び私の属する世帯員の所得、私の身体状況等について、貴職が他課及びその他の関係機関に調査することに同意します。また、申請書に記載された住所、氏名、連絡先等事業実施に必要な情報をケアマネジャー・民生委員等の関係する者に提出することに同意します。 年 月 日 利用者氏名 _____						
提出者	氏名 () 所属 ()						

※ケアマネジャー及び民生委員等が提出する場合は、提出者欄を記入してください。