

小郡市高齢者福祉サービス利用申請書

小郡市長 あて

次のとおり小郡市高齢者福祉サービスを申請します。利用者の世帯構成状況並びに利用者及び世帯員の課税状況、介護保険に関する情報を住民基本台帳等により確認されることを承諾します。また、サービスの利用のために必要な情報をサービス提供事業者等に提供することを承諾します。

										申請日	年	月	日
申請者	フリガナ			住所						利用者との関係			
	氏名			電話番号 携帯番号									
利用者の状況	介護保険被保険者番号												
	フリガナ			男・女	生年月日		年	月	日 (歳)				
	氏名			住所 小郡市									
				行政区 電話番号 携帯番号									
<input type="checkbox"/> 高齢者の一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族（65歳未満の方）と同居			申請理由										
緊急連絡先1 氏名			住所						利用者との関係				
			電話番号 携帯番号										
緊急連絡先2 氏名			住所						利用者との関係				
			電話番号 携帯番号										

※裏面に希望する高齢者福祉サービスにチェック☑・内容の記入をお願いします。

受付印

○希望する高齢者福祉サービスにチェック☑・内容の記入をお願いします。

☐食の自立支援（配食サービス） ※注意① ※備考①

添付書類（個人申込書）も利用申請書と合わせて提出下さい。

開始希望日： 年 月 日

☐介護用品（おむつ）給付サービス ※備考①

要介護度：要介護3 要介護4 要介護5 タイプ番号（おむつ種類）：

☐寝具洗濯乾燥消毒サービス

希望月（1回目） 年 月 敷きふとん 掛けふとん 介護用ベットパット 毛布 マットレス

希望月（2回目） 年 月 敷きふとん 掛けふとん 介護用ベットパット 毛布 マットレス

☐軽度生活援助サービス ※注意①

希望月 年 月 家屋内の整理・整頓

希望月（1回目） 年 月 草取り 庭木剪定

希望月（2回目） 年 月 草取り 庭木剪定

☐生きがい活動支援通所サービス（生きがいデイサービス）

介護認定有無：有 無

☐訪問理美容サービス

要介護度：要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

☐緊急通報システム整備事業 ※注意① ※備考①

添付書類（対象者の現況届・誓約書）も利用申請書と合わせて提出下さい。

※注意①

世帯分離しているが、家族と同居又は同一敷地に家族が居る場合は対象外です。

※備考①

本人の状態等について担当校区の地域包括支援センターの職員が自宅等に伺い調査を行います。

市記入欄

要介護認定有無・ 要介護度	有 無 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
課税状況	非課税世帯 ・ 課税世帯
介護保険料（段階）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
日常生活自立度判定基準（ねたきり度）	ランク J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者日常生活自立度判定基準	ランク I IIa IIb IIIa IIIb IV M
確認年月日	年 月 日 サービスの決定 該当 非該当
交付年月日	年 月 日 決裁日 年 月 日