

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

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 (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。）

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

世帯状況

<input type="checkbox"/>	ひとり暮らし世帯	<input type="checkbox"/>	日中独居世帯
<input type="checkbox"/>	高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/>	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（ケアマネジャー名）