

別記様式第1号（第38条関係）

近江八幡市高齢者生活支援サービス利用申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

近江八幡市高齢者生活支援サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

本書に記載した事項について関係委託事業者へ情報提供することに同意します。

なお、利用の可否を決定するために、利用者の世帯構成員全員の住民基本台帳、住民税課税台帳、介護保険料収納台帳等の関係公簿、介護認定審査時の認定情報及び主治医の意見書、ケアマネジャー等が作成したアセスメントシートと居宅サービス計画表などの関係資料について、サービスを利用している間、関係市職員が閲覧することに同意します。

年 月 日

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	(署名又は記名押印)	性 別	男・女
	住 所	近江八幡市		
扶養控除者	市町村民税扶養控除で 1 扶養親族となっている 2 扶養親族となっていない (※1の場合は、次の扶養控除者欄に記入が必要です。)			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		続 柄	
	住 所			
扶養控除者の署名又は記名押印（課税状況の照会の同意を兼ねます。）				
住所：.....				
氏名：.....(署名又は記名押印) 利用者との続柄.....				
利用を希望するサービス（希望するサービスに○をつけてください。） 1 配食サービス 2 軽度生活支援サービス				
利用を必要とする状況、理由				
(要介護認定等の結果 要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5)				
認定有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )				

(裏)

希望するサービスについて

利用事業所名： [ ]

利用開始希望日： [ 年 月 日 ]

サービスの内容： [ ]

利用する日程：下記の表で希望する日程に○をつけてください

	月	火	水	木	金	土	日
昼							
夕							

事業所確認欄

事業所名

確認者

(署名又は記名押印)

(注) ケアマネジメントの契約をしているケアマネジャー（居宅介護支援事業所）において確認後、本申請書をケアマネジャー等が作成したアセスメントシート（厚生労働省が提示する課題分析標準項目全23項目をもとに課題分析が適切に行われていることが分かる資料）と居宅サービス計画表などの関係資料（様式は任意）の写しとともに提出してください。