

在宅福祉支援事業（変更）申請書

平成 年 月 日

長万部町長 様

住所 長万部町字
申請者
氏名

㊞

次により在宅福祉支援事業を利用（変更）したいので申請します。

対象者の住所・氏名	住所 長万部町字		電話		—	
	氏名	年 月 日生(満 歳)		男・女		
	氏名	年 月 日生(満 歳)		男・女		
サービス希望 (変更)する理由		サービス時期の 遡及の有無及び サービスの種類	有			
			無			
希望(変更)するサービス内容 (○で囲む)	1. 給食サービス事業 (週 回) 2. 配食サービス事業 (週 回) 3. 外出支援サービス事業 (医療機関 町内・町外, 通所施設・短期宿泊施設) 4. 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業 (年 回) 5. 軽度生活援助事業 6. 訪問理美容サービス事業 7. 入浴サービス事業 8. 訪問安否確認サービス事業 9. 徘徊高齢者家族支援サービス事業					
同居家族の状況	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
緊急連絡先	氏 名	続柄	住 所		電話番号	
					—	
要介護認定状況	済 (認定日平成 年 月 日) 自立・要支援・要介護 1・2・3・4・5 未 (認定申請中・認定予定有・認定予定無し)					
上記申請者については、長万部町在宅福祉支援事業を利用することが適切と認める。						
地区民生委員・児童委員						

㊞

私は、在宅福祉支援事業申請を行うにあたり、利用料判定等に必要な私自身及び世帯員にかかる町民税の課税状況を調査することに同意いたします。

また、在宅福祉支援事業を利用するにあたり、安否確認等の際にやむを得ない理由により、住宅の一部を破損させることを承諾します。

申請者 住 所 長万部町字
氏 名 _____ ㊞

世帯員 住 所 長万部町字
氏 名 _____ ㊞

世帯員 住 所 長万部町字
氏 名 _____ ㊞