

在宅福祉サービス利用（新規・辞退）申込書

※太枠内のみ記入してください。

(あて先) 福祉事務所長	年 月 日
【申込内容】 <input type="checkbox"/> 日常生活用具 { <input type="checkbox"/> 火災警報器 <input type="checkbox"/> 自動消火器 <input type="checkbox"/> 電磁調理器 } <input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒 <input type="checkbox"/> 移送サービス [<input type="checkbox"/> 座位不可]	
【減額申請等】 利用者負担額の減額(又は助成額の増額)を申請します。 <input type="checkbox"/> 右記の者が市民税全額減免を受けているため。(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員) <small>※世帯に市民税全額減免者がいる場合、利用者負担額が下がる場合があります。別途、同意書及び世帯員全員の本人確認書類の提出が必要です。</small> <input type="checkbox"/> 申込者(利用者)が生活保護を受給しているため。	
【辞退の理由】 ※辞退の場合は、その理由をご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
氏名			

住所 〒		介護保険証の被保険者番号
(自宅 - 区) (携帯 -)		

日常生活用具		寝具洗濯乾燥消毒		移送サービス	
<small>・世帯の状況等 (火災警報器・自動消火器)</small> <input type="checkbox"/> 寝たきり(要介護4・5) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ひとり暮らしに準ずる	<small>・世帯の状況等 (電磁調理器)</small> <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯で出火等配慮が必要	<small>・所得段階</small> <input type="checkbox"/> 1~8 <input type="checkbox"/> 9~13 <small>(市民税全額減免有)</small>	<small>・要介護度</small> <input type="checkbox"/> 3~5	<small>・要介護度</small> <input type="checkbox"/> 4~5	<small>・所得段階</small> <input type="checkbox"/> 1~8 <input type="checkbox"/> 9~13 <small>(市民税全額減免有)</small>

代行者	※申込書の提出代行の場合は、下記についてご記入ください。 氏名 申込者との関係 () 住所 〒 (電話 - -)	
-----	--	--

決定(廃止)通知書の送付先		
<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 代行者	<input type="checkbox"/> その他	(氏名 申込者との関係 ()) (住所 〒) (電話 - -)

サービス利用(廃止)・機器設置に関する連絡先		
<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> 決定通知書の送付先(廃止)	<input type="checkbox"/> その他	(氏名 申込者との関係 ()) (住所 〒) (電話 - -)

備考(サービス利用申込(辞退)にかかる連絡事項)

私(申込者)は、下記について同意し、各事業の実施要綱に基づき、関係書類を添えて在宅福祉サービスの利用(新規・辞退)を申込みます。 <ul style="list-style-type: none"> ・私の所得及び市民税の減免状況について、福祉事務所長が地方税法等に基づく課税台帳等により確認すること。 ・私の生活保護受給状況に係る情報を、福祉事務所長が保護の実施機関に照会・確認すること。 ・私の住民基本台帳に記載された情報を閲覧すること。 ・私の要介護認定に関する情報及びサービス給付並びに介護保険料賦課状況を確認すること。また、必要に応じて、居宅介護支援事業所その他の関係機関に介護保険サービスの利用状況について報告を求めること。 ・本申込書の内容及びサービスの提供に必要な情報について、福祉事務所長が認める範囲で居宅介護支援事業所及びサービス提供事業者等の関係者に提供すること。 	受付者	受付日