

様式第1号

鶴ヶ島市地域支援事業利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 鶴ヶ島市長

申請者 住所
氏名
電話 ()
利用者との続柄

鶴ヶ島市地域支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ		男 ・ 女	明治・大正・昭和		
	氏名			年 月 日生		
	住所	鶴ヶ島市	電話			
	世帯構成	ひとり暮らし 高齢者世帯 日中独居 家族あり				
	要介護度等	地域支援事業対象者・非該当・要支援.....・要介護.....・申請中 (有効期間： 年 月 日～ 年 月 日)				
	手帳等級	身体障害級 ・ 療育 ・ 精神級				
希望するサービス						
申請理由						

- サービス利用等の決定の際、必要に応じて世帯員の市民税課税台帳の閲覧をすること、要介護認定に係る調査結果を閲覧すること、及び関係者へ意見を求めることに同意します。
- 利用にあたり必要な情報をサービス提供事業所等へ提供することに同意します。

対象者又は同居の家族 氏名 _____

申請するサービス等

申請するサービス	希望内容等									
<input type="checkbox"/> 紙おむつ購入費助成事業	尿意	有・無	便意	有・無						
	尿失禁	有・無	便失禁	有・無						
		移動	全介助・一部介助・自立							
		排泄	全介助・一部介助・自立							
		※ 市記入欄								
		自己負担金	有・無	限度額円					
<input type="checkbox"/> 配食サービス事業	利用希望日									
	曜日	日	月	火	水	木	金	土		
	昼食									
	夕食									
	利用予定業者 ()									
	普通食・特別食									
	減塩・カロリー制限・腎臓食・その他 ()									
	医師の指示 無・有 ()									
食形態		ご飯	普通・粥・軟飯							
		おかず	普通・刻み・その他 ()							
食物アレルギー 無・有 ()										
その他 ()										
緊急 連絡先		氏名		続柄		住所・電話番号				
						電話番号				
						電話番号				

※市役所記入欄

介護保険料 納付状況	・納付済 ・滞納有年度分 金額.....円		
所得段階区分	年度 第.....段階	市民税課税状況	年度 課税世帯・非課税世帯・生保
助成金支給対象	対 象 ・ 対象外		
備考			