

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・平成 年 月 日生	
	氏名				
	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	非該当・サービス事業対象者・要支援.....・要介護.....・申請中・未申請 (有効期間： 年 月 日～ 年 月 日)			
	手帳等級	身体障害 .....級・療育 .....級・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"/> 徘徊高齢者見守りシール配付事業	徘徊高齢者見守りシールの配付 (耐洗ラベルシール40枚、蓄光ラベルシール10枚) <b>※徘徊高齢者見守りシール配付事業利用者台帳を添付</b>								
<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			