様式第１号(第５条関係)

富士見町在宅介護支援事業利用申請書利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | | | 要介護度 |  | | | | 認定有効期間  ～ | | | | | | | | | |
|  | | | | 介護保険被保険者番号 | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望サービス及びその理由  〔居宅介護支援事業者記載〕 | １　訪問サービス事業　　　　　２　通所サービス事業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在利用サービス | サービス名 | | | 利用回数  (日数) | | | 自費 | | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況  (同居者及び利用者のすべての子も記入) | 氏名 | 利用者との続柄 | 生年月日  (年齢) | 住所 | | | 勤務先等 | | | | | | 電話番号  (勤務先電話) | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| 富士見町長　　　様  　上記のとおり富士見町在宅介護支援事業を申請します。  　また、費用負担額の決定のため、私、私の配偶者及び私の属する世帯の課税資料等について閲覧することに同意いたします。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  申請者  住所  電話番号  氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※添付書類

　　介護サービス計画書の第１表・第２表及びサービス利用表・別表(申請月の翌月のもの)

　　同居以外の子は、町内在住の方は、「課税状況調査同意書」、町外の方は「課税証明書」を添付のこと。

富士見町処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険の状況 | | 確認日 | | 確認者 | 対象者の調査状況  (別紙　調査書) | | | 調査日 | 調査者 |
| 年　　月　　日 | |  | 年　　月　　日 |  |
| 本人及び家族等の課税状況等 | |  | | 費用負担割合 | | | | 確認日 | 確認者 |
|  | | | | 年　　月　　日 |  |
| 決定通知等 | 居宅介護支援事業者(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  サービス事業者　訪問サービス事業(　　　　　　)　 通所サービス事業(　　　　　　) | | | | | | | | |
| 決定通知 | | 通知書番号  通知日　　　年　　月　　日 | | | 指示書 | 通知書番号  サービス事業者通知日　　　　年　　月　　日  居宅介護支援事業者通知日  　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |