

在宅福祉サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

(宛先)岡崎市長

岡崎市の在宅福祉サービス事業を利用したいので申請します。申請にあたり次の項目について承諾します。

- * 申請者及び世帯の住民登録資料の閲覧、市民税課税状況の閲覧・調査
- * 要介護認定結果、主治医意見書及びサービス利用状況等の介護保険情報等の閲覧
- * 支給(利用)停止となる場合(受給資格喪失届の未提出、長期間利用がない、必要な届出が未提出)があること
- * 委託事業者、消防、ケアマネジャー等への個人情報及び緊急連絡先等の情報提供

在宅福祉サービス事業利用申請者

申請書記入者	本人 親族 その他()	代筆承諾します
住民票上の住所	〒444- 電話() - (建物名等) 岡崎市	
フリガナ 申請者 氏名	生年月日 大正 年 月 日 昭和	携帯電話
個人番号 (マイナンバー)		
フリガナ 申請者 氏名	生年月日 大正 年 月 日 昭和	携帯電話
個人番号 (マイナンバー)		

↓ 現在のお住まいと住民票住所が異なる場合にご記入ください。

居住地	〒444- 電話() - (建物名等) 岡崎市
-----	-----------------------------

希望サービス に ☑を記入	1 家族介護用品購入助成券	5 訪問理美容サービス助成券
	2 在宅ねたきり高齢者等見舞金	6 ふれあいデイサービス
	3 布団乾燥等	7 緊急通報システム
	4 寝具貸与	8 見守り配食サービス

* 1～6は退院・退所日の翌日から申請可能。7・8は退院・退所日の1週間前から申請可能。

退院・退所日 年 月 日

市役所からの書類郵送先	<input type="checkbox"/> 利用申請者本人 <input type="checkbox"/> 親族(下欄に記入) <input type="checkbox"/> 夫婦別郵送希望
フリガナ 氏名	続柄 電話
住所	〒 (建物名等) 利用申請者と同じ

提出代行者

名称	(<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者) (担当:)
所在地	〒 電話() -

事務処理欄	窓口 郵送(月 日到着)
決定	宛名コード() 宛名コード() 差戻し(月 日) 却下(月 日)

申請者 氏名	
-----------	--

要件

家族介護用品購入助成券	見舞金・布団乾燥等・寝具貸与・訪問理美容サービス助成券
<input type="checkbox"/> 在宅で介護を受けている(1か月のうち10日以上在宅)	
<input type="checkbox"/> ロングショートステイ(施設に常時宿泊)を利用をしていない	
<input type="checkbox"/> 医療入院、医療介護保険施設等及び介護保険以外の施設に入所していない	
<input type="checkbox"/> 利用申請者の市民税が非課税である	
<input type="checkbox"/> 要介護3・4・5の認定を受けている※	<input type="checkbox"/> 要介護4・5の認定を受けている
<input type="checkbox"/> おむつを使用している	<input type="checkbox"/> 65歳以上である

要介護3の場合は、要介護認定における認定調査票の内容により、却下になる場合があります。

連絡先(申請者以外)

フリガナ			
氏名		続柄	
住所	〒		
電話	自宅	携帯	

在宅ねたきり高齢者等見舞金を申請する方は、以下に振込先口座(申請者本人の口座)をご記入ください

金融機関名	支店名	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
銀行 信用金庫 農業協同組合	店 支店	
口座名義(カタカナ)	店番	口座番号(7桁)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

事務処理欄 65歳以上 40~64歳 課税状況 (本人非課税 生活保護受給世帯) 介護保険認定状況 3 4 5 家族介護用品購入助成券の受給歴 受給なし 受給中 受給歴あり H・R 月資格喪失 同年度交付履歴 <input type="checkbox"/> 上半期(枚) <input type="checkbox"/> 下半期(枚) オムツ使用 要介護3の要件 (認定調査票 見守り以上)等 介護保険給付状況 施設入所なし
