

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。また、申請にあたり次の項目について承諾しま

- * 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（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

フリガナ 申請者氏名		生年月日 大正 年 月 日 昭和	固定電話
住民票上の住所	〒444- (建物名等) 岡崎市		携帯電話
実際に住んでいる場所	<input type="checkbox"/> 住民票上の住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票の住所と異なる（下欄に記入）		
	〒444- (建物名等) 岡崎市		電話
	居住開始時期	昭和・平成・令和 年 月	
	住民登録を 変更できない 理由		
個人番号 (マイナンバー)			
申請するサービス	<input type="checkbox"/> 1 家族介護用品給付（おむつ券）		<input type="checkbox"/> 3 ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム
	<input type="checkbox"/> 2 在宅ねたきり高齢者訪問理美容サービス		<input type="checkbox"/> 4 ひとり暮らし高齢者見守り配食サービス

市役所からの郵送先

<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 親族等（下欄に記入）			
フリガナ 氏名		続柄	電話
住所	〒 (建物名等) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

申請者以外の連絡先 ※おむつ券・訪問理美容サービス申請者のみ記入

<input type="checkbox"/> 市役所からの郵送先と同じ <input type="checkbox"/> その他（下欄に記入）			
フリガナ 氏名		続柄	電話
住所	〒 (建物名等) <input type="checkbox"/> 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所	電話 担当：
----	--	-----------

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

申請者 氏名	
-----------	--

要件

家族介護用品給付(おむつ券)	在宅ねたきり高齢者訪問理美容サービス
<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。

※ 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 上半期(枚) 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