

茅ヶ崎市生活支援・家族介護支援サービス利用（変更）申請書

(あて先) 茅ヶ崎市長	年 月 日
住所 氏名 申請者 電話 利用者との続柄	
次のとおり、生活支援・家族介護支援サービスの利用（変更）を申請します。	

利 用 者 の 状 況	フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)		
	氏 名						
	住 所 電 話	茅ヶ崎市 ()					
	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 申請中			要介護 認定 状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日申請)	
	介護保険被保険者番号				障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> (要介護・要支援)	
居宅介護 支援事業 所 等	(事業所名) (担当者名)			障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (種 級 障害名 :)		
家 族 の 状 況				緊 急 連 絡 先			
氏 名	年 齢	続 柄	職 業 等	氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号
				地区担当民生委員 児童委員 氏名		()	

申請理由	
希望するサービスに○印をしてください。	
生活管理指導短期宿泊（養護老人ホーム）	※利用者の診断書が必要となります。
家族介護支援一時入所（特別養護老人ホーム）	※利用者の診断書が必要となることがあります。
寝具類等丸洗いサービス	
緊急通報装置貸与	※協力員2名の承諾書（第7号様式）が必要となります。
認知症高齢者早期発見位置お知らせサービス（GPS装置の貸与）	

茅ヶ崎市生活支援・家族介護支援サービスの利用申請（変更）にあたって提供した情報について、サービスの利用上必要があるときは、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、サービス提供事業者及び民生委員・児童委員に提示することに同意します。

本人氏名