

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

年 月 日

（あて先）茅ヶ崎市長

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。

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。

また、茅ヶ崎市福祉部高齢福祉課が、利用者の状況について、要綱に定める利用の承認可否及び継続、利用料の決定のために必要な照会をすることに同意します。なお、利用者（本人）からも同意を得ていることを申し添えます。

利 用 者	フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日	(歳)
	氏 名							
一 本 人	住 所	茅ヶ崎市 ()						
	電 話	()						
一 の 状 況	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				<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> (要介護・要支援)			
一 の 状 況	居宅介護 支援事業 所 等	(事業所名)	障害者手 帳		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (種 級 障害名 :)			
		(担当者名)						
一 の 状 況	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）							