

在宅福祉支援事業（変更）申請書

年 月 日

長万部町長 様

住所
申請者
氏名

次により在宅福祉支援事業を利用（変更）したいので申請します。

対象者の住所・氏名	住所		電話		—	
	氏名	年 月 日生（満 歳）		男・女		
住所・氏名	氏名	年 月 日生（満 歳）		男・女		
サービスを希望 (変更)する理由			サービス時期の 適及の有無 及びサービスの 種類	有 無		
希望（変更） する サービス内容 (○で囲む)	1. 給食サービス事業（週 回） 2. 配食サービス事業（週 回） 3. 外出支援サービス事業（医療機関 町内・町外, 通所施設・短期宿泊施設） 4. 軽度生活援助事業 5. 訪問安否確認サービス事業					
同居家族の 状況	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
緊急連絡先	氏 名	続柄	住 所		電話番号	
					—	
要介護認定 状況	済（認定日 年 月 日） 自立・要支援・要介護 1・2・3・4・5 未（認定申請中・認定予定有・認定予定無し）					
上記申請者については、長万部町在宅福祉支援事業を利用することが適切と認める。 地区民生委員・児童委員 印						

私は、在宅福祉支援事業申請を行うにあたり、利用料判定等に必要な私自身及び世帯員にかかる町民税の課税状況を調査することに同意いたします。

また、在宅福祉支援事業を利用するにあたり、安否確認等の際にやむを得ない理由により、住宅の一部を破損させることを承諾します。

申請者 住 所
氏 名 _____ ㊞

世帯員 住 所
氏 名 _____ ㊞

世帯員 住 所
氏 名 _____ ㊞