様式第1号(第2条関係)

在宅サービス総合利用申請書

年　　月　　日

　さくら市長　様

　次のとおり在宅サービスの利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | | 住所 | | | 電話　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | 利用者との関係(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな  利用者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | 歳 | | | |
| 利用者住所 | | | | さくら市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代 行 提 出 者  (該当する場合） | | | | 氏　名 | | | | 所属機関名（　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職種（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用を希望するサービス(新規申請に○印を、既利用に◎印を記入する。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの内容 | 1 | | 2 | | 3 | | | | 4 | 5 | | 6 | ７ | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |
| 福祉タクシー | | 紙おむつ | | 緊急通報装置 | | | | 給食サービス | 福祉電話 | | 生活支援  　　サービス | 電磁調理器 | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |
|  | |  | |  | | | |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |
| 家族の状況 | 氏名 | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | 続柄 | | | | 備考(主たる介護者に○) | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 障がい者手帳 | | | | | | | □身体障害者手帳（　　　　　　　　級）  □療育手帳　　　（総合判定　　　　　）  □精神障害者保健福祉手帳（　　　　級） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険要介護認定 | | | | | | | 無・有(要支援　1・2　要介護　1・2・3・4・5)　・事業対象者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | 氏名 | | | | |  | | | | | | | 続柄 | |  | | 携帯電話 | | |  | | | | | | |
| 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | 電話 | | | (　　　) | | | | | | |
| 勤務先 | | | | |  | | | | | | | | | | | 電話 | | | (　　　) | | | | | | |

1　高齢者福祉サービスを利用するにあたり必要があるときには、在宅サービス総合利用申請書及び在宅サービス利　用者総合カルテの内容を、さくら市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、シルバー人材センター、　さくら市保健センター、高齢福祉サービス事業者に提示することに同意します。

2　在宅サービス利用申請を行うにあたり、貴下職員が当該申請に必要な私(私達)の介護保険要介護認定に関する

情報及び税情報を調査することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人署名