

事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 福津市長 様

下記のとおり、介護保険証(写し可)、その他関係書類を添えて事業の利用を申請します。なお、申請者は下記について了承します。

→ 確認後、
ご確認ください。
チェック

- 下記対象者の世帯構成並びに生計維持関係、要介護認定状況（認定調査資料や主治医意見書を含む）、及び住民基本台帳、課税台帳、介護保険受給者台帳、障害者手帳・療育手帳交付台帳及び生活保護受給者名簿を市が確認すること。
- 申請書、利用申請事業 調査シート及び基本チェックリストに記載された内容について、サービス利用に必要な範囲でサービス提供事業者に市が情報を提供すること。
- 配食サービス事業と介護用品購入費助成事業の配達場所については福津市内のみであることを承諾する。

※ 申請代行の場合のみ記入

申請者・上記内容同意者	
住所	
ふりがな 氏名	印
対象者との続柄	
電話	

申請代行者	
所属	
氏名	
職名	
電話	

申請内容 (○をつけてください)
1. 配食サービス事業 2. 介護用品購入費助成事業 (現物給付・償還払い) 3. 緊急通報システム事業

対象者 (本人)		
氏名 (申請者と異なる場合)	性別	生年月日
ふりがな	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所 (介護保険証記載の住所と異なる場合)	電話	
福津市 <施設名等>	様方	固定： 携帯： 施設等：
ケアマネジャー名 (要介護認定有の場合)		

対象者（本人）の状況		※「対応」については市記載	
この申請書の文字	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えない	対応：通知は【申請者・対象者・その他（ ）】	
電話・窓口等での 受け答え ※聞く、話す、理解等	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	対応：電話は【申請者・対象者・その他（ ）】	

緊急連絡先					
1	ふりがな 氏名		続柄		電話 固定： 携帯：
	住居	同居・別居	別居時住所		
2	ふりがな 氏名		続柄		電話 固定： 携帯：
	住居	同居・別居	別居時住所		

申請理由	
特記事項	

-----以下記入の必要はありません-----

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有（ 級） <input type="checkbox"/> 無	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有（ A ・ B ） <input type="checkbox"/> 無
障害名			

【提出物、市確認資料】

- 事業利用申請書
- 介護保険証（写し可）
- 障害者手帳、療育手帳（「有」の方のみ）
- 利用申請事業 調査シート（配食、介護用品、緊急通報システム）
- 基本チェックリスト（要介護認定を持っていない方のみ）
- 認定調査資料、主治医意見書（要介護認定を持っている方のみ）

市記載欄	担当印
年 月 日確認	