

## 寒川町家族介護支援サービス利用申請書

年      月      日

（宛先）寒川町長

住 所.....

申請者 氏 名.....

電 話.....（      ）.....

利用者との続柄.....

次のとおり家族介護支援サービスの利用（変更）を申請します。

|                    |       |                 |  |     |  |
|--------------------|-------|-----------------|--|-----|--|
| 利用者<br>〔生計<br>中心者〕 | ふりがな  |                 |  |     |  |
|                    | 氏 名   |                 |  |     |  |
|                    | 生年月日  | 年   月   日（   歳） |  |     |  |
|                    | 住 所   | 寒川町             |  |     |  |
|                    | 緊急連絡先 | 氏 名             |  | 電 話 |  |

|                   |                 |  |  |  |  |
|-------------------|-----------------|--|--|--|--|
| ○を希望のサービスにつけてください | 家族介護教室          |  |  |  |  |
|                   | 介護用品（紙おむつ）の費用助成 |  |  |  |  |
|                   |                 |  |  |  |  |
|                   |                 |  |  |  |  |
|                   |                 |  |  |  |  |
|                   |                 |  |  |  |  |

|             |  |   |
|-------------|--|---|
| 利用の<br>申請理由 |  | <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター<br>年   月   日受付<br>受付印 |
|-------------|--|---|

|                  |     |     |     |       |
|------------------|-----|-----|-----|-------|
| 家<br>族<br>状<br>況 | 氏 名 | 年 齢 | 続 柄 | 職 業 等 |
|                  |     |     |     |       |
|                  |     |     |     |       |
|                  |     |     |     |       |
|                  |     |     |     |       |
|                  |     |     |     |       |

私は、サービスの利用決定にあたり、課税状況を公簿等により確認することを同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_