

### 上ノ国町介護保険独自介護サービス事業申請書

平成 年 月 日

上ノ国町長 様

申請者 住所  
電話  
氏名  
利用者との続柄

印

上ノ国町介護保険独自介護サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな 利用者氏名		被保険者番号												
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女											
住所	北海道檜山郡上ノ国町字 番地 電話番号 ( ) -													
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2													

※ 申請上の注意

【支給対象者】

- (1) 上ノ国町に住所を有し、町内の在宅で生活している方
- (2) 介護保険の要支援1・要支援2と判定された方
- (3) 介護保険料に未納のない方

※ 以下の欄は、記入しないでください。

町 確 認 欄	
要介護状態区分	非該当 ・ 要支援 1 2 ・ 経過的要介護 ・ 要介護 1 2 3 4 5
介護区分	在宅 ・ 入院（病院名 ） ・ 入所（施設名 ）
介護保険料納付状況	未納なし ・ 未納あり
摘要	