

上ノ国町介護保険独自介護サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

上ノ国町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話
利用者との続柄

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 () -																		
事業の種類 及び 要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助サービス事業		要支援 1 2																
	<input type="checkbox"/> 通院時院内介助サービス事業		要介護 1 2 3 4 5																
サービス提供事業所																			

※ 申請上の注意

【支給対象者】

- (1) 上ノ国町に住所を有している方
- (2) 病院への長期入院又は施設への長期入所をしていない方
- (3) 各事業の対象者となる要介護状態区分の方
- (4) 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																
利用開始	令和 年 月 から																
摘要																	