

魚 沼 市 長 様

魚沼市高齢者福祉サービス事業利用申請書

魚沼市高齢者福祉サービス事業を利用したいので申請します。また、審査の際、私の世帯（同居の家族含む）及び住民票上は別世帯で生計が同じ世帯の課税状況を調査することに同意します。

申請者 (生計中心者)	氏 名				
	住 所				
	電話番号	— —		利用者との関係	
利用者	(フリガナ) 氏 名			生年 月 日	大正 昭和 年 月 日 (年齢 歳)
	住 所	魚沼市			
	電話番号	— —		世帯主	続柄 ()

	事 業 名	添 付 書 類
利用 する 事業	☐ 外出支援サービス事業（タクシー券交付）	チェックシート (新規申請かつ、要支援1以下の方は必須)
	☐ 軽度生活支援事業（ヘルパーの派遣）	実態把握調査票（申請書提出後作成）
	☐ 生きがい活動支援通所事業	実態把握調査票（申請書提出後作成）
	☐ 生活管理指導短期宿泊事業	実態把握調査票（申請書提出後作成）
	☐ 食の自立支援事業（配食サービス）	チェックシート（利用曜日に○を記載）
	☐ 介護用品支給事業（紙おむつ券の支給） → 要介護3以上 → 身体障害者手帳1、2級所持 → 要介護2以下で高齢者世帯（全員65歳以上） ※該当する要件を○で囲んでください	☐ 身体障害者手帳1、2級所持 → 手帳の写し（等級及び有効期限を確認できる面） ☐ 要介護2以下で高齢者世帯 → 介護サービス利用計画書の写し ※オムツが必要な理由の記載があるもの
	☐ 緊急通報体制等整備事業	チェックシート（連絡先2名以上）
住民票上は別世帯で、 生計が同じ世帯の有無	☐ なし ☐ あり → 世帯主氏名： (市内・市外) ※市外の場合、世帯全員の課税証明書を添付してください	
備考（開始希望日等）		
取 扱 者	所属・氏名 電話番号	

市使用欄

宛名CD：	地域：	新規・継続	非課税・課税（均・所）
要介護度： K5・K4・K3・K2・K1・S2・S1・なし	身障手帳： 1・2	支給額：	
認定期間： . . ~ . . (認定日： . .)	交付番号：		

