

高齢者在宅サービス利用申出書

_____年 ____月 ____日

(宛先) 川崎市長

申出者 住所 _____

氏名 _____ 電話 () _____

利用者との関係 () _____

次の在宅サービスの利用を申し出ます。申出にあたり、利用者の状況に応じた適切な在宅サービスを提供するため、利用者基本情報（住所・氏名・性別・生年月日・電話番号・世帯状況・要介護度・介護認定に係る主治医意見書の内容）及びサービス提供内容（サービス内容・利用料等認定事項）について、地域包括支援センター、サービス事業者、その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

また、事業の実施に必要な川崎市における住民登録・市税・介護保険・生活保護・障害福祉状況の調査について委任します。

※施設入所及び入院（おおむね1か月以上）等の在宅の要件を満たさない事由が発生した場合は、停止・廃止の申出をしてください。

利用者	住所	川崎市 区 _____											
	フリガナ 氏名					電話 () _____	生年月日						年 月 日
	介護保険 被保険者番号												
<p>該当するサービスに<u>チェック</u>■してください。</p> <p>1 日常生活用具の給付 <input type="checkbox"/> 紙おむつ (希望事業者 _____) <input type="checkbox"/> 自動消火器 (希望事業者 _____) <input type="checkbox"/> 電磁調理器 (希望事業者 _____)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 養護老人緊急一時入所 (施設名 : _____)</p>													
利用者の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)										介護保険料段階	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他											
	所得状況	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				中国残留邦人生活支援給付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				本人市民税課税状況 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税			

【裏面にも記入項目があります】

家族状況（本人に代わり連絡を受けたい場合は右の代理欄に○をしてください。）

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	同居 別居	住所・電話番号 (同居の場合は住所の記入は 不要です。)	代理
		年 月 日	同居 別居	電話 ()	
		年 月 日	同居 別居	電話 ()	
		年 月 日	同居 別居	電話 ()	
		年 月 日	同居 別居	電話 ()	
		年 月 日	同居 別居	電話 ()	

居宅介護支援事業所 :	受付印
電話 担当者	
地域包括支援センター :	
電話 担当者	
備考欄 ※備考欄は記入しないでください。	