

## 在宅福祉サービス利用(変更)申請書

年 月 日

藤枝市長 宛

申請者(サービスの利用者をする者)		※最終段の氏名欄にも必ずご署名ください。	
(フリガナ) 氏名	( )	性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日(歳)
住 所	〒 藤枝市	電話番号	
上記申請者による申請ができないとき			
フリガナ 代理人氏名		続柄	
住 所	〒	電話番号	

次のとおり在宅福祉サービス(高齢者福祉事業)利用(変更)の申請します。

## 1 介護保険の認定を受けていない方(申請しても非該当になる方)が利用できるサービス

(希望する欄に○)

①	一人暮らし高齢者等軽度生活支援事業 *利用料の納付 1. 毎月 2. 半年ごと(10月、4月)	
②	生きがい対応型デイサービス事業 *希望する施設と回数(週3回まで) 希望する施設名 【    】 週(         )回 / (月・火・水・木・金)曜日希望	
③	生活管理指導短期宿泊事業	

## 2 介護保険の認定(要支援1~要介護5)を受けている方が利用できるサービス

⑤	寝具類クリーニングサービス事業 *希望時期(年2回まで) (         )月 と (         )月	
---	---	--

## 3 介護保険の有無にかかわらず利用できるサービス

⑥	一人暮らし高齢者等配食サービス事業 *希望する回数(週5回まで)と曜日 週(         )回 / (月・火・水・木・金)曜日希望	
---	---	--

※在宅福祉サービス利用の申請に当たり、次のことについて同意します。

介護予防プラン作成又はサービス利用に当たり、本申請の内容等必要な情報を、地域包括支援センター又はサービスを提供する団体に提示すること。

介護保険の認定を受けている場合は、認定調査に従事した調査員による認定調査票を事業の参考にとすること。

申請者氏名