

在宅福祉サービス利用(変更)申請書

藤枝市長 宛

年 月 日

申請者(サービスの利用をする者)			
(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利用(変更)の申請します。

(該当する口にシ点を記入)

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

① 一人暮らし高齢者等軽度生活支援事業	申請(変更)する
* 利用料の納付 ☐ 毎月 ☐ 半年ごと(10月、4月)	☐
② 生きがい対応型デイサービス事業	申請(変更)する
* 希望する施設 【	☐
* 希望する曜日(週3回まで) (☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金) 曜日	

2. 介護保険の認定(要支援1～要介護5)を受けている方又は事業対象者が利用できるサービス

③ 寝具類クリーニングサービス事業	申請(変更)する
* 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

④ 生活管理指導短期宿泊事業	申請(変更)する
	☐
⑤ 一人暮らし高齢者等配食サービス事業	申請(変更)する
* 希望する曜日(週5回まで) (☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金) 曜日	☐

※ 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する。

申請者 氏名
(利用者)

(必ず御署名ください)