

外出支援サービス申請書

令和 年 月 日

甲良町長 様

申請者	住 所		
	氏 名		
	対象者との関係		
	電話番号		

外出支援サービスの給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

利用者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	犬上郡甲良町大字			電話番号	
要介護認定	要支援・要介護（ ） なし（自立・虚弱・障害有）		ケア マネージャー	所属 氏名	電話
障害等認定	身障（ ）級、療育（ ）、精神（ ）、難病（ ）				
世帯の状況	ひとり暮らし、高齢者世帯、昼間高齢者世帯、その他（ ）				
緊急時	氏名	（関係 ）	住所		電話番号
	氏名	（関係 ）	住所		電話番号
連絡先	氏名	（関係 ）	住所		電話番号
申請理由：					
通院理由（通院の目的）：					
○通院する医療機関名、通院曜日、時間帯を記入してください					
医療機関名				通院回数	ヵ月に 回
				通院回数	ヵ月に 回
希望するサービス開始の時期		年 月 日から			
○付添が必要な場合					
付添者	氏名	（関係 ）	住所		電話番号
	氏名	（関係 ）	住所		電話番号
付添が必要な理由：					

このサービスを実施するため、申請書記載の内容、町および地域包括支援センターが行った調査・確認の内容、公的介護保険の要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書の内容を、本事業の委託先、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

本人氏名 _____

(居宅介護支援専門員等記入欄)

居宅介護支援専門員等の意見

記入者：所属

TEL

氏名