

第6号様式(別表第1関係)

高齢者在宅福祉サービス総合申請(届出)書

年 月 日

(宛先)
戸田市長

申請(届出)者
住 所
氏 名
電 話
対象者との続柄()

下記のとおり申請(届出)します。

フリガナ			生年月日	年 月 日(歳)	
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
対象者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
申請(届出)対象サービス			申請(届出)の理由、サービス内容の希望等		
<input type="checkbox"/> 食事サービス <input type="checkbox"/> 紙おむつ等支給 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> 寝具類乾燥等 <input type="checkbox"/> 日常生活用具給付					
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		居宅介護支援事業者	電話	
			介護支援専門員		
連絡先	区分	氏 名	続 柄	住 所 (名称等)	電 話 番 号
	通常	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	緊急1	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	緊急2				

私は、在宅福祉サービスの利用の決定及び手数料額の決定に際し、私の世帯の課税状況を調査することに同意します。

年 月 日

氏名

