

高齢者外出支援サービス事業利用申請書（変更）

恩納村長
殿

届 出 者 (窓口に来た人)	氏 名			
	電話番号		申請者と の 関 係	

下記のとおり、サービス給付を申請します。その際、要件確認のため、必要に応じて介護保険、世帯や課税状況等の情報を市町村が調査することに同意します。なお、届出事項に変更があった場合はすみやかに申し出ます。

記

申請者 ・ サービス 利 用 希 望 者	フリガナ				性別	生年月日	年 月 日 (申請日現在 歳)	
	氏 名							
	住 所	沖縄県国頭郡恩納村字					自宅 TEL	
	世帯状況	☐ 1人暮らし ☐ 高齢者のみ() ☐ その他()						
	サービス 希望理由	☐ 要介護3以上 ☐ 要介護1・2 (65歳以上) ☐ 身体障害者手帳 下肢1・2級			介護 保険	要介 護度	有効期間 ~	
詳しく具体的に				居 宅 介 護 支 援 事 業 者				
申請 事項	開始希望年月日			利用希望回数		医療機関名		
	令和 年 月 日			回/月				
世帯の 状 況	世帯員の氏名	続 柄	性 別	生年月日	職 業	備 考		
緊 急 連絡先	フリガナ				性別	男・女	申請者 との続柄	
	氏 名						自宅	
	住 所				TEL	携帯		
						勤務先		