

高齢者外出支援サービス事業利用申請書（継続）

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	女	生年月日	年 月 日	
	氏名							(申請日現在 歳)	
	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 詳しく具体的に	☐ 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 ~	
							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								
	住所				TEL	自宅			
						携帯			
					勤務先				