

高齢者外出支援サービス事業利用申請書（新規）

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 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 障 害	要介 護度	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				