

別記様式（第2条関係）

春日市高齢者等福祉サービス利用申請書

年 月 日

（申請先）春日市福祉事務所長

申請者 住 所

氏 名

（続柄）

（電話番号）

次の高齢者等福祉サービスを利用したいので、関係書類を添えて、申請します。

なお、私が利用するサービスについて、裏面記載の要綱の規定に基づき、必要な情報を関係機関等に提供されること並びに介護保険に関する情報及び住民基本台帳、市民税課税台帳等を閲覧されることに同意します。

対象者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）						
	氏名		電話番号								
	住所										
	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2	事業対象者	未申請
	身体障害者手帳	第 号（ 年 月 日交付・再交付）					等級	級			
	療育手帳	福岡県第 号（ 年 月 日交付）					判定				
	精神障害者保健福祉手帳	福岡県第 号（ 年 月 日交付）					等級	級			

利用する高齢者等福祉サービス（申請するサービスにチェック☑すること）

<input type="checkbox"/> 配食サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険料の滞納 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・開始希望日： 年 月 日（ ）昼／夕から
<input type="checkbox"/> あんしんコール事業 <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険料段階（ ） ・介護保険料の滞納 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 【内容】 <input type="checkbox"/>おたすけコール（緊急通報装置の設置） <input type="checkbox"/>みまもりコール（定期的な安否確認） 【利用者負担金の納付書送付先】 <input type="checkbox"/>対象者 <input type="checkbox"/>申請者 <input type="checkbox"/>上記以外の者 氏名： _____（続柄） _____ 住所： _____ 電話番号： _____
<input type="checkbox"/> 高齢者日常生活用具給付事業 <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険料段階（ 本人／生計中心者） ・利用内容： 自動消火器 / 撤去及び廃棄
<input type="checkbox"/> 寝具洗濯サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ・世帯の課税状況 <input type="checkbox"/>課税 <input type="checkbox"/>非課税 ・利用内容： 掛け布団・敷き布団・毛布 / 掛け布団・マットレス・毛布
<input type="checkbox"/> 高齢者等住宅改造費助成事業（福岡住みよか事業） <ul style="list-style-type: none"> ・世帯の課税状況 <input type="checkbox"/>課税 <input type="checkbox"/>非課税 ・改造箇所：（ ） ・改造内容：（ ） ・改造費総額： 円

*利用の可否については、申請者に通知します。

(裏面)

事業名	要綱
配食サービス事業	春日市配食サービス事業実施要綱 (平成5年3月告示第41号)
あんしんコール事業	春日市あんしんコール事業実施要綱 (平成30年3月告示第42号)
高齢者日常生活用具給付事業	春日市高齢者日常生活用具給付事業実施要綱 (平成21年3月告示第57号)
寝具洗濯サービス事業	春日市寝具洗濯サービス事業実施要綱 (平成11年3月告示第44号)
高齢者等住宅改造費助成事業	春日市高齢者等住宅改造費助成事業実施要綱 (平成8年3月告示第43号)