

第1号様式（第9条関係）

草加市地域支援事業サービス利用申請書

年 月 日

草加市長 宛て

住所

申請者 氏名



※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。

電話・FAX番号

本人との続柄

次のとおり地域支援事業のサービスを利用したいので申請します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) 草加市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話・FAX番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ()
申請理由				
申請するサービス (申請したいサービスの種類に○印を付けてください。)				
	1 認知症高齢者位置情報探索事業			
	2 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業			
	3 おむつ支給事業			
	4 あんしん見守りネットワーク事業			
	5 医療・救急情報管理システム事業			
世帯状況 (該当する箇所に○印を付けてください。)				
	ひとり暮らし世帯		日中独居世帯等	
	高齢者のみの世帯		その他の世帯	
要介護認定の状況		被保険者番号		
	申請無し	申請中	自立	要支援1
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
				要支援2
				要介護5

(注) 事業ごとに必要な資料を添付してください。