

生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

三郷町長 様

奈良県生駒郡三郷町

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

下記の生活支援事業サービスを利用したいので、次のとおり申請します。  
なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については、三郷町及び実施事業者に対しい切責任を問わないことを誓約します。

|                                     |               |                                     |    |    |                        |         |
|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|----|----|------------------------|---------|
| 利 用<br>対 象 者                        | 住 所           | 奈良県生駒郡三郷町                           |    |    | 郵便番号                   | 636－    |
|                                     | ふりがな          |                                     |    |    | 電話番号                   | 0745    |
|                                     | 氏 名           |                                     |    |    |                        | －       |
|                                     | 生年月日          | 明治<br>大正<br>昭和                      | 年  | 月  | 日                      | 性 別     |
| サービス<br>の 種 類<br><br>※希望する<br>ものに○印 |               | サ ー ビ ス の 名 称                       |    |    | 利用者負担                  | 利 用 限 度 |
|                                     | ①             | 訪問理美容サービス                           |    |    | 理美容代金                  | 年12回    |
|                                     | 2             | 高齢者あんしん見守りシステム                      |    |    | 所得制限を超えた方<br>(月885円＋税) |         |
| 希 望 す る<br>理 由                      |               |                                     |    |    |                        |         |
| 世 帯 の<br>状 況                        | 氏 名           |                                     | 続柄 | 年齢 | 性別                     | 備 考     |
|                                     |               |                                     |    |    |                        |         |
|                                     |               |                                     |    |    |                        |         |
|                                     |               |                                     |    |    |                        |         |
|                                     |               |                                     |    |    |                        |         |
|                                     |               |                                     |    |    |                        |         |
| 要介護認定                               | 1. 無          | 2. 有 自立 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中 |    |    |                        |         |
| 疾 病 の 状 況                           | 既往症           |                                     |    |    |                        | 血液型     |
|                                     | かかりつけ病院または医院等 |                                     |    |    |                        | 型       |
| 緊 急 連 絡 先                           | 住 所 〒         |                                     |    |    |                        |         |
|                                     | 氏 名           |                                     |    | 続柄 |                        |         |
|                                     | 電話番号 - -      |                                     |    |    |                        |         |