

在宅生活支援事業利用（新規・変更・廃止）申請書

太枠内をすべて記入してください。

I D

(あて先) 佐賀市長		年 月 日	
申請内容			
サービス名（該当に☑）		必要な様式	
サービス名（該当に☑）		必要な様式	
<input type="checkbox"/> 高齢者日常生活用具給付		・ 調査票①	
<input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒サービス		・ 調査票②	
<input type="checkbox"/> 安否確認		・ 調査票③	
<input type="checkbox"/> 軽度生活援助		・ 調査票④	
<input type="checkbox"/> 生活支援サービス （ <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 宿泊）		・ 調査票⑤	
<input type="checkbox"/> 緊急通報システム		・ 調査票⑥	
申請者 （利用者）	フリガナ		
	氏名	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所	〒 佐賀市 (電話番号:)	
		世帯状況（該当に☑）	
		<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他（)	
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止（該当に☑）		
変更 廃止	変更・廃止の理由（該当に☑）		
	<input type="checkbox"/> 住所異動 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> その他（)		
代行者・ 代筆者	※申込書の提出代行又は代筆の場合は、下記についてご記入ください。		
	住所	氏名	
	電話番号	申請者との関係	
	代行・代筆の理由（該当に☑）		
<input type="checkbox"/> 申込者（利用者）の来所・記入が困難なため <input type="checkbox"/> その他（)			
私は、下記事項について承諾し、各事業の実施要綱に基づき、在宅生活支援事業の利用を申請します。			
1. 私と私の世帯の所得状況について、市長が地方税法に基づく課税台帳等により確認すること。			
2. 私の生活保護受給状況、住民基本台帳、要介護認定に係る調査結果に関する情報について、市長が照会、確認すること。			
3. 私の介護サービスの利用状況について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所その他の関係機関に報告を求めること。			
4. 申請書の内容に定められた各サービス利用に必要な項目について、市長が必要な範囲で、サービス提供事業者及び関係機関に提供すること。			

佐賀市担当者記入欄

介護認定	未申請 非該当 要支援 () 要介護 ()	経済状況
期限	年 月 日 ~ 年 月 日	生活保護 市県民税非課税世帯 課税世帯
<input type="checkbox"/> 日常生活用具	<input type="checkbox"/> 電磁調理器 <input type="checkbox"/> 火災報知器 (1・2) (熱・煙) (円) 該当 ・ 非該当	
<input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒	非課税世帯 ・ 課税世帯 該当 ・ 非該当	
<input type="checkbox"/> 安否確認	該当 ・ 非該当 利用開始日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 軽度生活援助	該当 ・ 非該当 利用開始日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 生活支援サービス	該当 ・ 非該当 利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
<input type="checkbox"/> 緊急通報システム	<input type="checkbox"/> MCWEL <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> 機器撤去依頼	

在宅生活支援事業利用（新規・変更・廃止）申請書

太枠内をすべて記入してください。

必要なサービスに☑
希望するサービス内容に合わせて調査票①～⑤を提出してください。

ID

（記入例）

（あて先）佐賀市長

令和〇年 〇月 〇日

申請内容

サービス名（該当に☑）	必要な様式	サービス名（該当に☑）	必要な様式
<input type="checkbox"/> 高齢者日常生活用具給付	・調査票①	<input type="checkbox"/> 軽度生活援助	・調査票④
<input checked="" type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒サービス	・調査票②	<input type="checkbox"/> 生活支援サービス （ <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 宿泊）	
<input type="checkbox"/> 安否確認	・調査票③	<input type="checkbox"/> 緊急通報システム	・調査票⑤

申請者（利用者）	フリガナ	サガ タロウ		生年月日	昭和〇年 〇月 〇日（ 〇歳）
	氏名	佐賀 太郎			
	住所	〒840-8501 佐賀市 栄町1番1号 (電話番号：0952-40-7253)			世帯状況（該当に☑） <input checked="" type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止（該当に☑）	申請書の提出代行、代筆をされた場合のみ記入してください。
------	--	------------------------------

変更 廃止	変更・廃止の理由（該当に☑）		
	<input type="checkbox"/> 住所異動 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

代行者・代筆者	※申込書の提出代行又は代筆の場合は、下記についてご記入ください。				
	住所	佐賀市・・・		氏名	ご家族、担当民生委員・児童委員、担当ケアマネジャー氏名
	電話番号	0952-00-0000		申請者との関係	長男、民生委員・児童委員、担当事業所等
	代行・代筆の理由（該当に☑） <input checked="" type="checkbox"/> 申込者（利用者）の来所・記入が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ ）				

私は、下記事項について承諾し、各事業の実施要綱に基づき、在宅生活支援事業の利用を申請します。

- 私と私の世帯の所得状況について、市長が地方税法に基づく課税台帳等により確認すること。
- 私の生活保護受給状況、住民基本台帳、要介護認定に係る調査結果に関する情報について、市長が照会、確認すること。
- 私の介護サービスの利用状況について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所その他の関係機関に報告を求めること。
- 申請書の内容に定められた各サービス利用に必要な項目について、市長が必要な範囲で、サービス提供事業者及び関係機関に提供すること。

佐賀市担当者記入欄

介護認定	未申請 非該当 要支援（ ） 要介護（ ）	経済状況
期限	年 月 日 ～ 年 月 日	生活保護 市県民税非課税世帯 課税世帯
<input type="checkbox"/> 日常生活用具	<input type="checkbox"/> 電磁調理器 <input type="checkbox"/> 火災報知器（1・2）（熱・煙）（ ）	円） 該当 ・ 非該当
<input type="checkbox"/> 寝具洗濯乾燥消毒	非課税世帯 ・ 課税世帯	該当 ・ 非該当
<input type="checkbox"/> 安否確認	該当 ・ 非該当	利用開始日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 軽度生活援助	該当 ・ 非該当	利用開始日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 生活支援サービス	該当 ・ 非該当	利用期間 年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）
<input type="checkbox"/> 緊急通報システム	<input type="checkbox"/> MCWEL <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> 機器撤去依頼	

(1) 利用者の状況 (該当に☑)			
①病名等			(記入例)
<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 神経症 <input checked="" type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 関節炎 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (骨粗しょう症、腰痛)			
②かかりつけ医療機関			
医療機関名	●●病院	住所	佐賀市…
主治医	●●先生	電話番号	0952-00-0000
③身体障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1) 級		

(2) 寝具洗濯乾燥消毒サービスについて (該当に☑)	
チェック欄	利用条件：①又は②に該当し、③の状態にあることが必須
<input checked="" type="checkbox"/>	①身体的に、寝具の衛生管理が困難である。 (例) 腰痛があり布団を干す動作ができない。
<input type="checkbox"/>	②環境上の理由で、寝具の衛生管理が困難である。 (例) 布団を干す場所が確保できない。
<input checked="" type="checkbox"/>	③家族やヘルパーによる寝具の衛生管理が困難である。 (例) 家族が支援に来ることができない。ヘルパー利用をしていない。ヘルパー支援の時間内に布団を干せない。