

三 療

●年 4月 1日

江東区長 殿

高齢者出張三療サービス申請書

申請した日を記入してください。

次の事項に同意し、以下のとおり、高齢者出張三療サービスの利用を申請します。
<同意事項>

- 1 高齢者出張三療サービス事業において必要なサービス提供のため、申請者に関する住民基本台帳情報、疾病、障害及び介護保険受給状況の情報を調査すること。
- 2 当事業の申請後、申請者に関する情報について、長寿サポートセンター、介護支援専門員及びサービス委託業者から提供を受け、又はこれらのものに提供すること。

利用者が申請者です。住所・氏名・生年月日・電話番号を記入してください。

江東区		東陽4	丁目	11	番	28	号	
		コウトウ		タロウ				
利用者	氏名 (自署)※	江 東 太 郎						
	生年月日	○年	○月	○日	(○歳)			
	電話番号	03	(3647)	9111		
	介護認定	要介護	3		4			
		介護保険被保険者証 確認	有		無			
認定期間	○年	○月	○日から	○年	○月	○日まで		
身体等状況	1 身体的な障害があるため自ら施術所に行くことが							
		<input checked="" type="checkbox"/> 困難である	<input type="checkbox"/> 可能である(対象になりません。)					
	2	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設入所(対象)					

介護保険の認定状況を記入してください。

現在の身体等状況に当てはまるものにチェックしてください。

代筆者の名前と申請者本人との関係を記入してください。

※本人が手続き(自署)をできない場合は、代筆が可能です。
代筆した場合は、次の代筆者の欄についてご記入ください。

代筆者	私(代筆者)は本人より本申請に係る委任を受けていることに基づき、代筆します。	
	【代筆者名】 江 東 満 子	【続柄又は本人との関係】 妻

届出者	氏名	江 東 満 子	電話	△△△ (△△△)
	申請者との関係	(妻)		

届出者の名前・電話番号・申請者本人との関係を記入してください。

受付場所

受付者