

三 療

年 月 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（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	昭和 ● 年 ● 月 ● 日 (● 歳)					
	電話番号	03 (3647) 4319					
	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 ☐ 困難である ☐ 可能である(対象になりません。)					
		2 ☐ 在宅 ☐ 施設入所(対象に)					

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	
	【代筆者名】 江 東 次 郎	【続柄又は本人との関係】 長 男

届 出 者	氏名 江 東 花 子	電話 (3647) 91
	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