

第1号様式(第7条関係)

港区高齢者通院支援サービス利用申請書

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 港区長

港区高齢者通院支援サービスの利用を申請します

※必要添付書類 居宅サービス 郵便番号も書いてください。 第4表

申請者	住所	〒105-0014 港区芝1-1-1	電話	03-〇〇〇〇-×××× 090-〇〇〇〇-△△△△
	氏名	訪問介護ステーションみなと 〇〇 〇〇	利用者の続柄	ケアマネージャー

※事業者が申請者の場合は、住所欄に事業者名称及び

電話を持っていない場合、『電話所持無し』と書いてください。

利用者	住所	港区芝公園1-5-25	電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	フリガナ	ミナト タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 (〇〇)歳	
	氏名	港 太郎	要介護状態の区分等	要介護 1・ 2 ・3・4・5 (〇をつけてください)	
	認定の有効期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日	訪問介護事業者名	みなとステーション	
	生活保護受給		有	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	
	港区介護保険ホームヘルプサービス等の利用者負担金助成		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
連絡先の氏名	港 芝子	緊急連絡先	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	利用者との続柄	長女

請求額に影響するため、該当の有無を確認の上記載してください。

(宛先) 港区長 介護保険情報の閲覧について同意いたします。

同意欄に記入漏れがないかよくご確認ください。未記入の場合、受理できません。

利用者氏名 港 太郎 代筆者氏名

本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族・ケアマネージャー等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。

※処理欄(以下は、記入しないでください。)

受理年月日	決定又は不承認		<受付印>
年 月 日	1.決定	2.不承認理由()	
決定通知発送			
年 月 日			