

在宅寝たきり高齢者福祉サービス利用申請書

年 月 日

七尾市長

申請者 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり在宅寝たきり高齢者福祉サービスの利用を受けたいので申請します。

なお、サービス利用決定のために必要な税関係情報、要介護認定に係る調査内容、主治医意見書等を市長が調査することに同意します。

利用者（申請者）氏名（署名又は記名押印）

(利用者が認知症等で記入不能の場合は、申請者の署名又は記名押印)

利 用 者	氏 名			性 別	男 ・ 女
	住 所	七尾市			
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )		電話番号	
	要 介 護 状態区分	要介護	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅介護支援事業所名					
担当ケアマネジャー				電話番号	

利用したいサービスの番号を○印で囲んでください。

利用希望 サービス	1 寝具乾燥洗濯消毒サービス(年4回) 希望取扱店名：( )
	2 理髪サービス(年4回) 希望理美容店名：( )
	3 移送サービス(月1回) 行 き 先： 自 宅 ⇄ _____ (医療機関)