第１号様式（第７条関係）

長崎市在宅福祉推進事業利用申請書

平成　　年　　月　　日

（あて先）長崎市長

長崎市在宅福祉推進事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者(申請者) | ふりがな |  | 性　別 | 男　　女 |
|  氏名 |  | 生年月日（年齢） | 明・大・昭　　　年　 月 　日 　　　 （　　歳） |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　住所 | 〒　　　　　　　　　 | 電話番号 |  |

緊急連絡先（親族等連絡先）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  ふりがな |  | 　性別 | 男　・　女 | 利用者 との　続柄 |  |
|  氏　　名 |  | 生年月日（年齢） | 明・大・昭　 年 月　日(　歳) |
| 住所（居住地） | 電話 |

|  |
| --- |
| 利用したいサービスに○印を付してください(１、４又は５のサービスを利用する場合は、裏面の同意書についてもご記入ください。) |
| １　寝具洗濯乾燥サービス事業２　訪問理美容サービス事業３　ふれあい訪問収集事業（自宅周辺の地図を貼付した調査表を添付）４　日常生活用具給付事業（以下から希望の品目を選択してください。）品目：電磁調理器、火災警報器、自動消火器　５　高齢者安心火災警報器給付事業　　　　　　　　　　　　添付書類：介護サービス計画又は介護予防サービス計画（該当者のみ） |

|  |
| --- |
| 利用の決定又は対象者要件の確認に必要があるときは、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を、長崎市が居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターから提供を受けることに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名　　　　　　　　　　 |

利用者以外の方が記入した場合ご記入ください

記入者氏名　　　　　　　　　（利用者との関係：　　　　　）電話：

平成　　年　　月　　日

**同　　意　　書**

下記事業の申請における決定にあたり、世帯全員の住民税の課税状況について

長崎市長が確認することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 太線の中を記入してください。 | 長崎市使用欄 |
|  事業名 | □日常生活用具給付事業□寝具洗濯乾燥サービス事業□高齢者安心火災警報器給付事業 |  |
|  住　所 | 長崎市　　 |  |
| 利用者氏名 |  （印） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名 |  　 （印） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名 |  　 （印） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名 |  　 （印） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名 |  　 （印） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名 |  　 （印） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名 |  　 （印） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※世帯全員の同意（記名・押印）が必要です。

　長　崎　市　長　様