

高 齢 者 在 宅 サ ー ビ ス 利 用 申 請 書

令和 年 月 日

国 立 市 長 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話

高齢者在宅サービスを利用したいので次のとおり申し込みます。

利 用 者	フリガナ		生年月日	
	氏名		大正・昭和 年 月 日	
	住所 国立市		電話 — 携帯番号 — —	
緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄	住 所	電 話 番 号
	①			☎ 携帯
	②			☎ 携帯
	③			☎ 携帯
希 望 サ ー ビ ス	1. 自立支援日常生活用具 2. 自立支援住宅改修 3. 外出支援サービス（市民税非課税世帯の方のみ対象） 4. 救急通報システム（携帯型） 5. 救急通報システム（固定型） 6. 認知症高齢者位置情報サービス 所得調査 有 裏面の所得調査 同意欄に必要事項を ご記入、捺印をして ください。			
申 請 理 由				

家族の状況	氏名	続柄	年齢	同・別居	備考
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	

障害手帳	____級 上肢 下肢 全身 体幹 内部 視覚 聴覚 言語
無・有	その他 ()

救急通報システム使用欄	本人の状況	病名 _____ 血液型 _____ 型 かかりつけ医療機関 病院名 _____ 主治医 _____ 所在地 _____ 電話 _____
	居住建物 地上____階，地下____階，就寝階____階 用途 専用住宅，共同住宅，店舗併用住宅，店舗併用共用住宅，その他	
	同居者の状況	氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 病名 _____ 血液型 _____ 型 かかりつけ医療機関 病院名 _____ 主治医 _____

所得調査 同意欄	国立市が高齢者在宅サービスの費用負担額算出のために私及び世帯員の所得を確認することに同意します。 住所 国立市 _____ 利用者氏名 _____ ㊞
	☐ 1月1日国立市外居住 → 前住所地にて所得証明書を取得し、申請書とあわせて添付してください。所得が確認できない場合、サービスを利用できないことがあります。