

別記様式 1 号

一時帰宅時の福祉用具借用費及びヘルパー派遣費の支給申請書

年 月 日

西川町長 殿

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 利用者との続柄 _____

介護保険条例第 2 条による一時帰宅時の福祉用具借用費及びヘルパー派遣費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

利用 対象 者	住 所	西川町大字		電話番号		
	氏 名	男・女		生年月日	年 月 日 (年齢 才)	
	家 族 構 成	続柄	氏 名	年齢	職 業	健康状態など
利 用 希 望	サービ ス内容					

上記利用対象者は、西川町介護保険特別給付規則第 2 条1項第3号に定めるいずれにも該当することを確認しましたので証明します。

年 月 日

担当介護支援専門員氏名 _____ 印

町記入欄

判定	判定月日	令和	年	月	日
	適	却下(理由)		