

様式第1号

西川町介護保険特別給付(見守り及び家事援助ヘルパー派遣)

事業利用申請書

令和 年 月 日

西川町長殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者との続柄 _____

介護保険条例第2条による見守り及び家事援助ヘルパー派遣を受けたいので、

介護保険特別給付事業実施規則の規定により次の通り申請します。

利用 対象 者	住 所	西川町大字		電話番号		
	氏 名	男・女		生年月日		(年齢 才)
	家 族 構 成	続柄	氏 名	年齢	職 業	健康状態など
希望	サービス 内容	()				
	希 望 回 数	週 回 () 時間				

町記入欄

判定	判定月日	令和 年 月 日
	適 却下(理由)	()