

様式第1号（第5条関係）

通院等支援サービス事業利用登録申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号
利用者との関係（ ）

次のとおり通院等支援サービス事業の利用を申請します

なお、利用登録の承認に係る審査の際、市が私の在宅状況及び介護認定情報並びに障害内容について調査することに同意します。併せて、利用登録決定後に、市が事業者へ利用者の利用登録内容を提供することに同意します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 糸魚川市	電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
利用者状態区分		次の項目の中で該当するもの全てにチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持し、下肢又は体幹機能障害がある。 <input type="checkbox"/> 要介護3以上の要介護度認定を受けている。 <input type="checkbox"/> 上記のほか、これらと同程度の状態にある。 <input type="checkbox"/> 人工透析療法により通院している。		
事業利用登承認通知書の送付先		<input type="checkbox"/> 申請者の住所	<input type="checkbox"/> 利用者の住所	
該当基本チェックリスト		<input type="checkbox"/> 要介護3以上、下肢・体幹機能障害用 <input type="checkbox"/> 人工透析通院用		
備考				

----- 事務処理欄 -----

対象区分	決定区分	受付日	決定日
1 身体障害者（ 級、下肢 級）	1 承認		
2 要介護認定者（要介護 ）			
3 市長が特に必要と認めたもの	2 不承認		
4 人工透析による利用者（ ）			