

## 柴田町例外的サービス利用申請書

- 利用区分 1.同居家族等がいる場合の訪問介護  
 2.短期入所生活(療養)介護利用  
 3.訪問介護員などの散歩の同行

該当する利用区分番号に○をつけてください

|        |              |        |             |  |  |  |  |  |
|--------|--------------|--------|-------------|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名 |              | 保険者番号  | 0 4 3 2 3 2 |  |  |  |  |  |
|        |              | 被保険者番号 |             |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 明・大・昭 年 月 日  | 性別     | 男 ・ 女       |  |  |  |  |  |
| 要介護度   |              |        |             |  |  |  |  |  |
| 認定有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |        |             |  |  |  |  |  |
| 対象期間   |              |        |             |  |  |  |  |  |
| 申請理由   |              |        |             |  |  |  |  |  |
|        |              |        |             |  |  |  |  |  |
|        |              |        |             |  |  |  |  |  |
|        |              |        |             |  |  |  |  |  |
|        |              |        |             |  |  |  |  |  |
| 提出書類   |              |        |             |  |  |  |  |  |
|        |              |        |             |  |  |  |  |  |

柴 田 町 長 殿

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者(本人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

居宅介護(介護予防)支援事業所名 \_\_\_\_\_

計画作成担当者 \_\_\_\_\_