

受 付	確 認
・ ・	・ ・

太田市介護保険外給付サービス共通利用申請書

年 月 日

太田市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名
利用者との続柄 ()
電 話

次のとおり、太田市介護保険外給付サービスを利用したいので申請します。

1 利用したいサービス

1 生活支援家事援助	2 生きがい型デイサービス	3 生活支援型短期入所
4 日常生活用具給付 (電磁調理器・火災警報器・自動消火器)	5 福祉電話貸与	
6 緊急通報装置貸与	7 寝具丸洗い乾燥	8 在宅ねたきり老人等出張理容

2 利用者(被保険者番号) (太田市に住民登録があるか確認)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所	〒	電 話	

3 家族の状況

氏 名	続 柄	生 年 月 日

4 緊急連絡先

氏 名		続 柄	
住 所		電 話	

5 税情報利用及び情報提供の同意確認

税情報及び情報提供同意書	
私は、太田市在宅高齢者福祉サービス利用に際し、対象把握及び負担金の金額把握のために扶養義務者及びサービス利用対象者の税情報の利用について同意いたします。 また、必要な最小限の情報に限り各関係機関へ情報提供を行うことについて同意いたします。	
年 月 日 氏 名  続柄	

6 調査機関

☐ 太田・鳥之郷 ☐ 九合・休泊 ☐ 沢野 ☐ 菰川 ☐ 強戸・毛里田 ☐ 宝泉 ☐ 尾島 ☐ 新田 ☐ 藪塚

7 要介護認定結果確認（令和 年 月 日）

☐ 非該当 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 結果待ち(申請日) ☐ 未申請
--

8 利用者負担金（日常生活用具給付・在宅ねたきり高齢者等出張理容の場合市記入）

利用者負担額	円	公費負担額	円
--------	---	-------	---

9 税の状況Ⅰ（市記入欄）

氏 名	合 計 所 得	市 民 税
	円	円

10 税の状況Ⅱ（市記入欄）

氏 名	所 得 税
	円