

介護扶助申請書 ③ (要支援者・事業対象者用)

係長	担当員

令和 年 月 日

和泉市福祉事務所長あて

別添「介護予防支援計画」のとおり、下記の事業所において、介護サービスを利用したいので、介護券の交付を申請します。

地域包括支援センター	事業所番号() 担当ケアマネジャー: 事業所TEL:
居宅介護(介護予防)支援事業所	事業所番号() 担当ケアマネジャー: 事業所TEL:

申請者住所	和泉市	氏名		年齢	歳
被保険者番号		認定期間	～	要支援	1・2

保険者 (和泉市以外のみ記入)	市区	保険者番号 (和泉市以外のみ記入)	
--------------------	----	----------------------	--

扶助の種類	1. 訪問型サービス (総合事業) 第1号訪問事業	15. 特定介護予防福祉用具購入
	2. 介護予防訪問入浴介護	16. 住宅改修
	3. 介護予防福祉用具貸与	17. 介護予防サービス計画 (みなし2号のみ介護予防支援を入力)
	4. 介護予防訪問看護	18. 介護予防ケアマネジメント (みなし2号のみ入力)
	5. 介護予防訪問リハビリテーション	19. その他()
	6. 通所型サービス (総合事業) 第1号通所事業	※該当する番号に○を付けて下さい。
	7. 介護予防通所介護リハビリテーション	
	8. 介護予防居宅療養管理指導	
	9. 介護予防短期入所生活介護 (特別養護老人ホーム・ショートステイ)	
	10. 介護予防短期入所療養介護 (老人保健施設ショートステイ)	
	11. 介護予防認知症対応型共同生活介護	
	12. 介護予防特定施設入居者生活介護	
	13. 介護予防認知症対応型共同通所介護	
	14. 介護予防小規模多機能型居宅介護	

今回利用する事業所 (番号は上記と一致するものを記入)	番号	事業所名	事業所番号()	利用開始日	／
	番号	事業所名	事業所番号()	利用開始日	／
	番号	事業所名	事業所番号()	利用開始日	／
	番号	事業所名	事業所番号()	利用開始日	／
	番号	事業所名	事業所番号()	利用開始日	／
	番号	事業所名	事業所番号()	利用開始日	／
	番号	事業所名	事業所番号()	利用開始日	／

主治医	主治医氏名		医療機関名	
	医療機関住所		電話番号	

※居宅介護サービスを利用する際は、「介護予防支援計画」の写しを添付して申請してください。
※介護扶助申請書はサービスを受ける前に提出してください。(介護券が発行できない場合があります。)
様式：令和2年4月～