

特別生活援助事業利用申込書

（宛先）小金井市長

申込者

住 所

（利用者との関係）

氏 名

電 話

下記のとおり、特別生活援助利用の申込みをします。

なお、この申込みに際し、内容の確認が必要なときは、市長が公簿等により確認することに同意します。また、事業の実施に際し見守りの必要があるときは、市長が地域包括支援センター等の関係機関に情報の提供をすることに同意します。

記

※ □には、当てはまるところにレをつけてください。

利 用 者	氏 名	フリガナ	住 所	<input type="checkbox"/>	申込者住所と同じ（以下住所欄記入不要）
	生年 月日	年 月 日 (歳)		<input type="checkbox"/>	小金井市 町 丁目 番 号 電話
者	世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 高齢者以外（ ）と同居			
	介護保険 申請状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 認定日又は申請日 年 月 日ころ			
希 望 援 助	<input type="checkbox"/> 衣類の入替え <input type="checkbox"/> 大掃除 <input type="checkbox"/> 大型家具の移動 <input type="checkbox"/> 照明器具の交換 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
親 族 等	氏 名	続 柄	年齢	同居・別居	住所・電話番号（携帯）
				同居・別居	電話
				同居・別居	電話
市民税課税状況 (生計中心者)		年度 非課税	確 認	前年度小金井市以外に居住していた場合は、前 住所地発行の住民税非課税証明書を添付	
摘要（同居の状況等）：					
地域包括支援センター : <input type="checkbox"/> きた <input type="checkbox"/> ひがし <input type="checkbox"/> みなみ <input type="checkbox"/> にし					

※ この届出は、電子計算組織に登録されます。

