（介護支援専門員→保険者）

**独居世帯以外の生活援助（変更）申出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 要介護度 | | 要介護（　１ ２ ３ ４ ５　） | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | （　　歳） | | | 性　別 | | 男　　　女 | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世　　帯　　構　　成 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | 続　柄 | 性　別 | | 生年月日 | | | 備　　考 | | | | | | | | |
|  | |  | 男　　女 | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | 男　　女 | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | 男　　女 | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | 男　　女 | |  | | |  | | | | | | | | |
| 【被保険者の状態】 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【同居家族の状況】 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【生活援助が必要な理由】 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 阿賀町福祉介護課長　様  　　　　上記のとおり独居世帯以外の生活援助について申出します。  　　　　　　　　年　　月　　日  住　　　　　所  居宅介護支援事業所  申出者　　　電　話　番　号  介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 伺  課　長　　　課長補佐　 　係長　　　　　　　 課　員    　　　　　年　　月　　日    　　　　　　　　　　承　認  上記の申出について　　　　　してよろしいでしょうか  　　　　　　　　　　不承認  処　　決定番号　　　　承認日  理  欄　　ＮＯ．　　　　　　　年　月　日 |