|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※申請者は、右の太枠の中だけ記入してください。 |  | |  | 介護扶助開始(変更)申請書 | | | | ケース番号 | | |  |
| 申請日 | | | |  | | 申請の種類 | |  | | |
| 申請者 | 事業所名 | | |  | | | | 福祉事務所受付年月日 | | |
|  | | |
| 代表者名 | | |  | | | |
| 担当者名 | | |  | | | |
| (受理番号)　　　　号 | | |
| 介護を受けようとする者及びサービスの状況 | 住所 | | |  | | | | | | |
| 氏　　　　　　名 | | | | | | 生年月日 | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| 介護被保険者番号 | | | |  | | 要介護状態 | |  | |
| 認定の有効期間 | | | | ～ | | | | | |
| 利用するサービスの内容 | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | | |
| 申請の理由 |  | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないので、生活保護法による介護扶助の　　　　　を申請します。  　　　（宛先）大東市福祉事務所長  　　　住所    　　　氏名 | | | | | | | | | | |