|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※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　　　　　　　　　　　 |