

通院等支援サービス事業利用申請書

年 月 日

水戸市長 様

申請者 住所

氏名

電話

通院等支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話	
	要介護度	要介護 3 4 5		
利用目的・ 利用先	(1) 医療機関への送迎			
	利用先			
	利用先			
	利用先			
	利用先			
	(2) 介護保険サービス利用の送迎（介護保険で提供される送迎を受けられるときを除く。）			
	利用先			
	利用先			
	利用先			
	(3) 保健サービス利用等の送迎			
	利用先			

※市記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

受付番号		受付年月日	年 月 日		
確認事項	介護保険被保険者証 その他（ ）				
	要介護度	3 4 5			
	課税状況	市県民税非課税世帯		課税世帯	
処 理	該 当 非該当		決 裁	年 月 日	
	発 行 枚		課 長	補 佐	係 長 係
	事 由				