

年 月 日

# 高齢者在宅保健福祉サービス利用申請書

荒川区長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

次のとおり、高齢者在宅保健福祉サービスの利用を申請します。

対	フリガナ		住所	荒川区 _____ 丁目 番 _____ 号			
			電話	( _____ )			
象	健康状態等	1 病名 ・医療機関名等 (通院中・入院中・入所中・往診)					
		2 要介護認定を受けた時期( 年 月 ) 要介護度 (要介護・要支援・自立)・認知症 有・無					
者		3 身体障害者手帳 (種 級) 愛の手帳 (度)					
		4 生活保護法に基づく一時扶助(受けている・申請中・受けていない)					
緊急連絡先	連絡先	主介護者 ○印	氏名	続柄	居住	住所	電話番号
	1				同・別		
	2				同・別		
	3				同・別		
申請するサービス	(□に✓を付けてください。)						
	□ ①紙おむつ助成等 (購入券・おむつ代) ※介護保険施設に入所しているときは、対象になりません。						
	□ ②寝具乾燥・消毒						
□ ③理美容サービス							
口振 (渡 ・ 受領) _____ 課 ・ 非 ・ 未申告 ・ 転入 (段階 _____)							
申請受付 地域包括支援センター	南千住東部・南千住西部・荒川・町屋 東尾久・西尾久・東日暮里・西日暮里 年 月 日			担当者 印	要介護認定 確認	確認 印	被保険者 番号

私は高齢者在宅保健福祉サービスの利用の申請に当たり、利用の決定に必要な範囲内において、荒川区福祉部高齢者福祉課が区の関係部課からの裏面の個人情報を確認することに同意します。

また、南千住東部・南千住西部・荒川・町屋・東尾久・西尾久・東日暮里・西日暮里地域包括支援センターが荒川区からの依頼に基づき、当該福祉サービスの利用の決定等のための調査等を行う際に必要な範囲内において、荒川区福祉部高齢者福祉課から裏面の個人情報の提供を受けることに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

## 確認及び提供に同意する個人情報

- (1) 所得及び課税に関する個人情報  
本人又は生計中心者の当該年の所得や課税額、費用負担や実費徴収がある事業等について費用基準等の、どの区分に該当するか等を確認させていただくもの。
- (2) 世帯に関する情報  
ご家族の状況など、必要に応じて、申請書等に記入していただいた家族等の内容を確認させていただくもの。
- (3) 生活保護に関する個人情報  
生活保護世帯については、費用負担がない場合等があるので、生活保護の受給の有無等を確認させていただくもの。
- (4) 他の福祉サービスの利用に関する個人情報  
他の福祉サービスの利用状況など、重複利用等を含め、福祉サービスを、より適切に利用していただくための参考として確認させていただくもの。
- (5) 医療サービスの利用等に関する個人情報  
訪問看護の利用状況など、福祉サービスを、より適切に利用していただくための参考として確認させていただくもの。  
また、必要に応じて主治医から意見等を求めることがあります。
- (6) 介護保険に関する個人情報  
福祉サービスを利用していただくためには、介護保険法に基づく、要支援、要介護認定を要するため、確認させていただくもの。  
また、必要に応じて主治医の意見を参考にさせていただくことがあります。