

福祉サービス内容変更申請書

地区

No.

年 月 日

(あて先)札幌市 区保健福祉部長

申請者(利用者)	ふりがな	電話	—
	氏名	年 月 日生(歳)	FAX —
	住所	区	
施設名(入所・通所)			

次のとおり申請いたします。

項目	変更内容
生活支援型ホームヘルプサービス事業	派遣機関
	派遣回数/週 回 派遣時間/週 時間
	サービス内容 調理、掃除、洗濯、買物、食事、排泄、着脱衣、入浴、洗髪、清拭、通院、その他()
入浴サービス(訪問)	実施業者
入浴サービス(施設)	施設 寝台車利用 (有:実施業者 ・ 無)
おむつサービス	実施業者
配食サービス	実施業者
	週 日(月~土・月・火・水・木・金・土)
理美容サービス	理容から美容へ変更 ・ 美容から理容へ変更
あんしんコール	緊急連絡先 地域協力員 かかりつけ医療機関 主な病名
福祉電話	電話機種類変更(障がい)
施設サービス	就職支度金・その他
徴収金・利用者負担金減額申請	裏面に記載

※本人以外の方が申請する場合は、下欄にご記入ください。

届出人	ふりがな	男・女	申請者との関係()
	氏名		
	住所	区	電話 —
	(アパート・マンション名		号室)

様式6 (裏)

徴収金・利用者負担金減額申請 (階層再認定)

	項 目	対 象 者 等	
	高齢施設	本 人	扶養義務者 (最多税額納付者)
	その他	本 人	
変更内容			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

身 障 手 帳	手帳番号 第 号、 種 級、 交付年月日 年 月 日		
(障 害 種 別)	視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・上肢・下肢・体幹・脳原上肢・脳原移動・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓		
療 育 手 帳	手帳番号 第 号、 A B B、 交付年月日 年 月 日		
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	手帳番号 第 号、 1 2 3、 交付年月日 年 月 日		
手 当	特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当		
備 考			取扱者氏名