

西東京市高齢者支援課サービス申請書

西東京市長 へ
次のとおり申請いたします。

申請日		令和 年 月 日			
申請者	住所	〒		利用対象者 との続柄	*高齢者支援課処理欄(収受印)
	氏名	連絡先 電話番号	自宅: 携帯:		
提出代行 事業所	事業 所名	提出 者名			

利用 対象 者	住所	西東京市 (町) 丁目 番 号					
	フリガナ			電話 番号	自宅: ()		
	氏名				携帯: ()		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女
	世帯構成	☐ 65歳以上独居 ☐ 65歳以上のみの高齢者世帯 ☐ 70歳以上のみの高齢者世帯 ☐ 日中(独居・高齢者のみ) ☐ その他					
	介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中[申請日:令和 年 月 日] ☐ 自立 ☐ 要支援() ☐ 要介護()					
	生活保護受給の有無	有 ・ 無					
	契約居宅介護 支援事業所名			電話番号			介護支援 専門員名
緊急 連絡 先	住所	☐ 申請者 に同じ				利用対象者 との続柄	
	氏名			連絡先 電話番号	自宅: 携帯:		

・私は西東京市高齢者支援課サービスの申請にあたり、裏面の「個人情報の確認等に関する同意書」に同意します。
・私は西東京市高齢者支援課サービスの利用にあたり、裏面の「利用者負担金に関する同意書」に同意します。
・私は自立支援住宅改修費給付サービス・高齢者住宅改造費給付サービスの助成額について、市から業者に支払うことに同意します。
※裏面の同意書の内容をご確認ください。

利用対象者氏名 家族・親族氏名

訪問調査 等連絡先	氏名	☐ 申請者 に同じ	連絡先 電話番号	
--------------	----	----------------------------------	-------------	--

成年後見制度利用の方は別途お知らせください。

今回申請するサービス	
☐ 高齢者見守り配食サービス	☐ 自立支援住宅改修費給付サービス
本申請書では申請できません。令和5年4月からは「西東京市高齢者見守り配食サービス申請書(兼利用者台帳)」にて申請を受け付けています。	改修の種別 ☐ 手すりの取付 ☐ 引き戸等への扉の取替 ☐ 段差解消 ☐ 滑り防止、床材変更 ☐ 洋式便器等への便器の取替
☐ 認知症及びねたきり高齢者等おむつ給付サービス	☐ 高齢者住宅改造費給付サービス
☐ ねたきり高齢者理・美容券交付サービス	改修の種別 ☐ 浴槽 ☐ 流し ☐ 洗面台
☐ 高齢者緊急短期入所サービス	利用期間 年 月 日 から 年 月 日
理由 ☐ 虐待・放置 など ☐ 介護者不在 ☐ その他()	
☐ 認知症ひとり歩き高齢者位置探索等サービス	☐ 高齢者日常生活用具等給付サービス
	給付の種別 ☐ 歩行補助杖 ☐ 入浴補助用具 ☐ スロープ ☐ 手すり ☐ 歩行器
	☐ 高齢者入浴券支給サービス
	入浴設備 ☐ なし ☐ その他()

個人情報の確認等に関する同意書

私は、サービスの利用の決定に必要な範囲内において、西東京市健康福祉部高齢者支援課が、市の関係部署等・市内の各地域包括支援センター・サービスを提供する事業所から下記の個人情報を確認することに同意します。また、決定後の適切な利用のため、西東京市健康福祉部高齢者支援課・市の関係部署等・市内の各地域包括支援センター・サービスを提供する事業所が、下記の個人情報の提供を受けることを同意します。

記

○ 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情報

各サービスの決定等に際し、本人または世帯の課税状況等を確認させていただくもの。

(2) 世帯に関する情報

本人またはご家族に関する住民基本台帳等の情報を確認させていただくもの。

(3) 生活保護に関する情報

生活保護世帯については、利用者負担がない(高齢者配食サービスおよび高齢者福祉電話貸与・電話料助成サービスは除く。)ため、生活保護の受給の有無等を確認させていただくもの。

(4) 介護保険に関する情報

介護保険法に基づく、介護認定状況および介護サービス利用状況等を、確認させていただくもの。

(5) 他の福祉サービスの利用に関する情報

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。

(6) 医療サービスの利用等に関する情報

訪問看護の利用状況等、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。

(7) 生活の状況に関する情報

各サービスの決定等に際し、本人または世帯の生活状況等を確認させていただくもの。

利用者負担金に関する同意書

私は、サービスの利用で発生した利用者負担金について、所定の方法で遅滞なく支払うことに同意します。

また、利用者負担金が未納となった場合は、西東京市健康福祉部高齢者支援課が、緊急連絡先・家族・介護支援専門員・地域包括支援センター等に、支払いに関する情報を提供すること、および生活の状況について情報の提供を受けることに同意します。