

第27号様式（第24条関係）

志木市介護保険移送サービス利用認定申請書

令和 年 月 日

志木市長 様

申請人

次のとおり、移送サービス（市特別給付）を利用したいので、申請します。なお、本利用にあたり、移送サービスが支給該当となったときは、下記記載の氏名、住所等の情報が、移送サービス提供事業者提供に提供されることに同意します。

| | | | | |
|-------------|-------------|--|----|--|
| 利用者 | 介護保険被保険者証番号 | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| 担当居宅介護支援事業所 | | | | |
| 申請者 | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |

※本申請は、令和6年4月1日～利用分の申請です。

【市役所記入欄】

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--|---------|--|---------|--|---------|--|---------|--|----------|--|
| 受付 番号 | | 介護 度 | | 自立 度 | | 交付 日 | | 開始 日 | | 利用 回数 | |
|----------|--|---------|--|---------|--|---------|--|---------|--|----------|--|