

第 2 7 号様式（第 2 4 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 7 年度（令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 3 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	
----------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	----------	--