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３１日）利用分の申請です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付  番号 |  | 介護度 |  | 自立度 |  | 交付日 |  | 開始日 |  | 利用  回数 |  |

【市役所記入欄】