

# 保護変更申請書（介護扶助）

年 月 日

大分市福祉事務所長 様

住所  
申請者  
氏名

保護の変更を受けようとする者との関係  本人  扶養義務者  その他の同居の親族

次のとおり、生活保護法による保護の変更（介護扶助）を申請します。

介護扶助を必要とする者の氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日		年齢	歳		
介護扶助を申請する理由					
利用を希望するサービス（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー） <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 介護保険施設（介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護医療院） <input type="checkbox"/> 上記以外のサービス（ <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（ショートステイ） ）				
担当を希望する居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターの名称	※担当が決まっていない場合は、記載不要				
※40歳以上65歳未満の方のみ記入	社会保険加入の有無	有 ・ 無			
	※社会保険未加入の方のみ記入	障害者手帳等取得の有無	有・無・申請中 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療（精神通院）受給者証		
	主治医	医療機関名称		主治医氏名	
		医療機関所在地			
特定疾病名	<input type="checkbox"/> がん末期 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患 <input type="checkbox"/> 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症				
※65歳以上又は40歳以上65歳未満の社会保険加入者のみ（添付書類）	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の写し		

同意書

介護扶助の決定に必要なときは、私の居宅サービス計画（介護予防サービス計画又は施設サービス計画）の作成を担当する居宅介護支援事業者（地域包括支援センター又は施設事業所）に対し居宅サービス計画（介護予防サービス計画又は施設サービス計画）の内容に関する報告を求めることに同意します。

大分市福祉事務所長 様

本人氏名

代筆