

令和6年〇月〇日

マンション等の集合住宅にお住まいの方は、部屋番号までご記入ください。この欄には申請者の住民票上の住所を記載してください。※区外に住民票がある場合は、運転免許証、国民健康保険証など、申請者の住所・氏名が確認できる書類のコピーを添付してください。

在宅寝た

中央区長

※介護者の日常の介護の状況によっては、支給できない場合があります。

申請者（介護者）の住所、介護を受けている高齢者の住所は、それぞれ住民票上の住所を記載してください。

介護をしている家族等が申請者となります。

券送付先を在宅寝たきり高齢者等の住所に変更する（希望する場合のみ「」を付けてください。）。

下記のとおり、在宅寝たきり高齢者等が就労事業を申請します。なお、私及び事業の申請に当たり、次の事項を記載してください。

- ・支給要件の確認及びこの事業に関する業務において管理されて
- ・支給要件の確認及びこの事業に関する情報を提供すること。

券の送付先は、原則、申請者（介護者）の住所となりますが、介護を受けている高齢者の自宅に泊り込みで介護している等で、券送付先を高齢者の住所にしたい場合は、を付けてください。

申請者（介護者）の氏名、介護を受けている高齢者の氏名は、原則自署してください。

また、この申請に関し他の家族等との間で問題が生じた場合は、私が責任をもって処理し、解決することを誓約します。

記

住所	中央区 銀座〇-〇-〇
ふりがな	ちゅうおう たろう 中央 太郎
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日（〇〇歳）
在宅で介護を受けている在宅寝たきり高齢者等	要介護認定結果（寝たきり高齢者のみ記入） ② 3 4 5 （該当に〇をつけてください。）
介護を受けているご本人の、現在の状態を記入してください。	特別障害者手当 ・ 重度心身障害者手当（該当に〇をつけてください。） 排泄は紙おむつを利用している。食事は一人では難しい。 認知症が進行しており、日中はほぼ寝たきり。外出は車イスを利用。 2日おきに訪問入浴を利用。呼吸器・心臓の持病もある。
現在の本人の状況	食事・薬の服用・入浴・排泄など日常生活全般で介護している。 日中はヘルパーによる介護を行い、夜間は家族が介護している。 週2回デイサービス、2カ月に1回程度ショートステイを利用している。
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 同居して毎日介護している。 <input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日（週5日程度）介護している。 その他 []
日常介護の状況	
支給希望種目（希望するものに〇をつけてください。）	1 食事・マッサージ共通券（1万円分・ <input checked="" type="checkbox"/> 2万円分・3万円分） 2 旅行券（ <input checked="" type="checkbox"/> 1万円分・2万円分・3万円分）

備考

申請者（介護者）及び在宅で介護を受けている在宅寝たきり高齢者等の氏名は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等にあつては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。

区処理欄	受付	介護者氏名住所確認資料	不要・要（添付：有・無）	認定番号	第 号
区確認欄	住基 <input type="checkbox"/> 在宅者 <input type="checkbox"/> 本人介護者 <input type="checkbox"/> 6月以上区内在住 <input type="checkbox"/> 介護者住所氏名 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 日常介護 <input type="checkbox"/> 介護認定状態確認 <input type="checkbox"/> 2以上 <input type="checkbox"/> 寝たきり認知度等 <input type="checkbox"/> 当該年度重複 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				