

在宅寝たきり高齢者等介護者慰労事業申請書

(宛先) 中央区長

申請者 (介護者)	住所			
	氏名			
	電話番号			
	在宅寝たきり高齢者等との続柄		基	No.

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介護者慰労事業を申請します。なお、私及び下記の在宅寝たきり高齢者等は、この事業の申請に当たり、次の事項に同意します。

- ・支給要件の確認及びこの事業の実施に必要な要介護認定及び介護保険給付に関する情報、手当受給状況並びに住民票に関する業務において管理されている情報を利用すること。
- ・支給要件の確認及びこの事業の実施のため、介護支援専門員から必要な情報の提供を受けること並びにこれらの者に当該情報を提供すること。

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

在宅で介護を受けている在宅寝たきり高齢者等	住所	中央区		
	ふりがな氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳)
	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○をつけてください。)
	受給中の手当 (重度心身障害者のみ記入)	特別障害者手当 ・ 重度心身障害者手当 (該当に○をつけてください。)		
	現在の本人の状況		
介護者の状況	現在の介護の状況		
	日常介護の状況	<input type="checkbox"/> 同居して毎日介護している。 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週 _____ 日程度)介護している。 <input type="checkbox"/> その他 []		
支給希望種目 (希望するものに○をつけてください。)		1 食事・マッサージ共通券 (1万円分・2万円分・3万円分) 2 旅行券 (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、本人に代わつ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 別居	<input type="checkbox"/> 日常 介護	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	当該年度 重複 無