家族介護高齢者出張三療サービス申請書

江東区長殿　　年　月　日

下記のとおり、出張三療サービスの三療券の支給を申請いたします。

申請者（家族介護高齢者）　住　所

（フリガナ）
氏　名

電話番号　（　　）

生年月日

介護を受けている高齢者との続柄　（　　）

介護を受けている高齢者の状況	氏　名	
	介護認定	要介護　　3　　4　　5
		認定期間　　年　月　日　から　年　月　日
	状　況	1 在宅
		2 入院、施設入所中 （入院、入所中は支給の対象になりません）

※　高齢者（65歳以上）のみの世帯が対象です。

※　毎年申請が必要となります。

・同　意　事　項

家族介護高齢者出張三療サービス事業受給資格確認の為に申請者と同居者の住民基本台帳情報及び介護保険受給状況等を区が確認調査することに同意します。

署名

（以下は記入しないでください）

発行月日	三療券	備　考
月　日	枚	

受付場所　　受付者