

高齢者訪問介護(非該当)費用助成金申請書

江東区長 殿

下記のとおり、生活支援ホームヘルパー助成金の申請をいたします。

申請者の状況	ふりがな			生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
	氏名			(年齢)					
	住所	江東区			電話				
	要介護認定	申請日	年 月 日						
	訪問介護が必要な理由				病名				
訪問介護員派遣日	開始日(予定日)	年 月 日		派遣回数	週	回			
世帯状況	一人暮らし 高齢者のみの世帯			生保受給	無	有(対象となりません)			
同居者	名前			生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
	身体的状況	続柄()							
		・病名()	・医療機関		受診回数		週/月		
・要介護認定	有()		無						
緊急連絡先	氏名		続柄	住所・電話					
				電話					
訪問介護事業所	(管理者印)								
介護予防訪問介護計画書作成者				電話					
添付種類	介護認定決定通知書(写)		地域包括支援センター		(管理者印)				
	(暫定)介護予防ケアプラン(写)								
	訪問介護計画書(写)				電話				

同意事項

- 1、当事業において必要なサービス提供のため、私並びにその家族に関する住居状況、生活保護受給状況、疾病、障害、身体状況、及び介護保険受給状況の情報を調査することに同意します。
- 2、当事業申請後、私に関する情報を、サービス提供及び在宅での生活支援のため、在宅介護支援センター及び地域包括支援センター、並びに訪問介護事業所に情報の提供をうけること、並びにこれらのものに情報を提供することに同意します。
- 3、要介護認定結果が要支援1・2及び要介護1以上に認定された場合、申請を取消すことに同意します。

署名

届出者

受付場所

受付者

区が記入します。

要介護認定結果	認定日	認定結果	
	年 月 日	非該当	要介護()・要支援()