

年 月 日

高齢者訪問介護(非該当)費用助成金申請書

申請した日を記入して下さい。

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。

申請者の氏名・住所・生年月日・電話を記入して下さい。要介護認定を申請した日を記入し、暫定の訪問介護が必要な理由と訪問介護の開始日を必ず記入して下さい。

申請者の状況	ふりがな			生年月日(年齢)	明・大(昭) 3 年 1 月 3 日 (82 歳)	
	氏名	江東 太郎		電話	3 6 4 7 - 4 3 1 9	
	住所	江東区 東陽 4 - 1 1 - 2 8		要介護認定	申請日 22 年 4 月 1 5 日	
	訪問介護が必要な理由			病名	腰椎圧迫骨折	
	訪問介護員派遣日	開始日(予定日)	22 年 4 月 2 0 日		派遣回数	週 2 回

二人以上の高齢者世帯の方は同居しているご家族等の氏名・続柄・生年月日・年齢及び身体状況を必ず記入して下さい。

世帯状況	一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	生保受給	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有(対象となりません)	
同居者	名前	江東 花子	生年月日	明・大(昭) 年 月 日 (歳)
	身体的状況	病名() 医療機関 受診回数 週/月 要介護認定 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要介護1) 無		

連絡可能なご家族等の方の氏名・続柄・住所・連絡先を記入して下さい。

緊急連絡先	氏名	続柄	住所・電話
訪問介護事業所	電話 管理者印		

介護予防訪問介護計画書作成者	サービス事業所 東陽 花子	電話	
----------------	---------------	----	--

添付種類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護認定決定通知書(写) <input checked="" type="checkbox"/> (暫定)介護予防ケアプラン(写) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護計画書(写)	地域包括支援センター	東陽包括支援センター() 電話
------	--	------------	---------------------

担当の地域包括支援センター名と担当者を記入して下さい。

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。

申請者本人が自筆で署名して下さい。また、本人が字を書くことができない場合には、親族の方が代筆し、余白に代筆者名と具体的な代筆理由を記入して下さい。

申請書を実際、在宅支援センター、区に届けた方を記入して下さい。

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()