

年 月 日

高齢者訪問介護(非該当)費用助成金申請書

江東区長 殿

次の事項に同意し、以下のとおり、生活支援ホームヘルパー費用助成金の申請をいたします。

【同意事項】

- 1 当事業において必要なサービス提供のため、申請者及び同居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、緊急連絡先及び福祉サービス受給状況の情報を調査すること。
- 2 当事業申請後、申請者に関する情報について、サービス提供及び在宅での生活支援のため、長寿サポートセンター及び委託事業所からの提供を受け、又はこれらのものに提供すること。
- 3 要介護認定の結果が要支援1・2及び要介護1以上に認定された場合は、申請を取り消すこと。

記

申請者の状況	フリガナ 申請者氏名 ※自署にてご記入ください。		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	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	続柄()		生年月日	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 ☐ 有() ☐ 無				
緊急連絡先		氏 名	続 柄	住 所 ・ 電 話		
				電 話		
訪問介護事業所						
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)		長寿サポートセンター		
		☐ (暫定)介護予防ケアプラン(写)				
		☐ 訪問介護計画書(写)		電 話		

・本人が手続き(自署)をできない場合は、代筆が可能です。代筆した場合は、次の代筆者の欄についてご記入ください。

代筆者	私(代筆者)は本人より本申請に係る委任を受けていることに基づき、代筆をします。	
	【代筆者名】	【続柄又は本人との関係】

〈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()