

寝たきり高齢者介護慰労事業申請書

台東区長 殿

令和 年 月 日

窓口に来た方

<input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 介護者以外 ※介護者以外の場合は下記を記入してください。 ↓	
住 所	
フリガナ 氏 名	
電話番号	
在宅寝たきり 高齢者との 続柄	

申請者(介護者)

住 所	台東区
フリガナ 氏 名	
電話番号	
在宅寝たきり 高齢者との 続柄	

※申請者(介護者)欄は主たる介護者が自署してください。
 ※パートナーの方は東京都パートナーシップ宣誓制度受理
 証明書の提示が必要です。

下記のとおり、寝たきり高齢者介護慰労事業を申請します。
 なお、私はこの事業の申請に当たり、次の事項に同意します。
 ・区が支給要件の確認及びこの事業の実施に必要な情報を利用すること。
 ・区が支給要件の確認及びこの事業の実施のため、介護支援専門員等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。

在宅で介護を受けている 寝たきり高齢者 (被介護者)	住 所	台東区		
	フリガナ 氏 名			
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)		
	要介護認定結果	4 5 (該当に○をつけてください)		
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。)	<input type="checkbox"/> マッサージ券 <input type="checkbox"/> 食事券	マッサージ券 受領者署名		

区処理欄	受付者	関係確認方法	<input type="checkbox"/> 住基情報 <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> パートナーシップ宣誓制度受理証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	入力	認定番号	第 号	