

ほっと一息、介護者ヘルプ利用申請書

杉並区長 宛

次のとおり申請をします。

申請年月日 年 月 日

申請者 (介護者)	フリガナ		生年月日
	氏名		明・大・昭・平 年 月 日()歳
	住所	(〒 -) 杉並区	
	電話番号	携帯	

介護を受けている方 (要介護者)	フリガナ		生年月日	
	(1)氏名		明・大・昭 年 月 日()歳	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別(下欄に住所を記入)【同居に準ずるもの】⇒裏面(1)の確認が必要です。 杉並区		
	介護保険 認定状況等	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		申請者 との関係
		※要支援の場合は、「認知機能確認書」の提出が必要です。		
	認定の有効期限 年 月 日			
	フリガナ		生年月日	
	(2)氏名		明・大・昭 年 月 日()歳	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別(下欄に住所を記入)【同居に準ずるもの】⇒裏面(1)の確認が必要です。 杉並区			
介護保険 認定状況等	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		申請者 との関係	
	※要支援の場合は、「認知機能確認書」の提出が必要です。			
認定の有効期限 年 月 日				

★【同居家族の状況】 上記以外で申請者と同居する家族がいる場合⇒裏面(2)をご記入ください。

窓口 に来た 方	フリガナ 氏名		申請者との関係	
	住所			
	電話			

私は、ほっと一息、介護者ヘルプ利用承認又は区が必要とした場合、住民記録情報、生活保護受給状況、介護保険認定審査資料等区が保有する個人情報の利用に同意します。

申請者 氏名

(1) 「同居に準ずるもの」の確認書

(確認書は、担当のケアマネジャーが記載してください。)

申請者 (介護者)	フリガナ		生年月日
	氏名		明・大・昭・平 年 月 日()歳
	住所	(〒 -) 杉並区	

介護を受けている方 (要介護者)	フリガナ		生年月日
	(1)氏名		明・大・昭 年 月 日()歳
	住所	杉並区	
	フリガナ		生年月日
	(2)氏名		明・大・昭 年 月 日()歳
	住所	(〒 -) 杉並区	

上記の要介護者は、同居家族(介護者)がいるとみなされ、介護保険の訪問介護の生活援助サービス又は介護予防訪問事業及び自立支援訪問事業の生活援助サービスが利用できないものであることを確認します。なお、今後生活援助サービスが利用できるようになった場合は、報告します。

(記入者) _____ 年 月 日 記入

事業所名 _____

住所 _____

電話番号 _____

氏名(自署) _____

(2) 「同居家族の状況」

申請者(介護者)と介護を受けている方(要介護者)以外の同居する家族がいる場合は、ご記入ください。

同居家族の状況	氏名	要介護者に対する介護の有無	申請者との関係
		あり ・ なし	
		あり ・ なし	
		あり ・ なし	