

# ほっと一息、介護者ヘルプ利用申請書

申請年月日 年 月 日

杉並区長 宛

次のとおり、杉並区ほっと一息、介護者ヘルプ事業の利用を申請します。

申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 区が杉並区ほっと一息、介護者ヘルプ事業の資格要件確認又は必要に応じ、住民記録情報・税情報・介護保険情報等区が保有する個人情報を確認すること。
- 2 区が申請者に係る情報について、必要に応じ、区が委託した事業者から提供を受け、又はこれらに提供すること。

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

|                     |                             |   |         |                  |
|---------------------|-----------------------------|---|---------|------------------|
| 介護を受けている方<br>(要介護者) | フリガナ                        |   |         | 生年月日             |
|                     | (1)氏名                       |   |         | 大・昭<br>年 月 日( )歳 |
|                     | 住所                          | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><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。<br>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。   |         |                  |
|                     | フリガナ                        |   |         | 生年月日             |
|                     | (2)氏名                       |   |         | 大・昭<br>年 月 日( )歳 |
|                     | 住所                          | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><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。<br>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。 |   |         |                  |

高齢者在宅サービスをご利用の際、すでに口座登録のある方で口座登録情報の変更を希望される場合はお申し出ください。

|     |                                 |  |         |
|-----|---------------------------------|--|---------|
| 記入者 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |  |         |
|     | フリガナ<br>氏名                      |  | 申請者との関係 |
|     | 住所                              |  |         |
|     | 電話                              |  |         |

(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<br>(介護者) | フリガナ |               | 生年月日                 |
|              | 氏名   |               | 大・昭・平<br>年 月 日 ( ) 歳 |
|              | 住所   | (〒 - )<br>杉並区 |                      |

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