

海老名市在宅介護者等リフレッシュ事業
助成券交付申出書

海 老 名 市 長 殿

年 月 日

〒

申出者 住 所
(フリガナ)

氏 名

電話番号

要介護者との続柄

※基準日(4月1日若しくは10月1日)から直近6カ月のうち90日以上入院及び入所をしている場合は対象外です。

助成券の使用者登録(要介護者1名、介護者2名まで) ※太枠内のみご記入下さい				
① 要 介 護 者	要介護度 月 日 時点	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 (該当に○をつけてください)		
	住 所	海老名市		
	(フリガナ)			
	氏 名			
	生年月日	大正 昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
介護保険被保険者証の番号				
② 介 護 者	住 所			☐申出者に同じ ☎
	(フリガナ) 氏 名		生年月日	大 昭・平 年 月 日
③ 介 護 者	住 所			☎
	(フリガナ) 氏 名		生年月日	大 昭・平 年 月 日
同 意 書	交付申出にあたり、私(要介護者)の介護保険要介護認定資料等を調査確認することに同意し、在宅介護者等リフレッシュ事業に係る助成券の交付を申し出ます。			
	要介護者氏名(自署) 要介護者が自署困難な場合 代署者氏名(自署) (続柄)			

【 申請時に提示が必要なもの 】

- 1 申出者の顔写真付き身分証明書 (運転免許証・マイナンバーカードなど)
2 要介護者の介護保険証

※ 郵送申請の場合は、1・2ともにコピーを添付してください。

<市処理欄>

【 申出者確認 ☐免許証 ☐マイナンバーカード ☐その他 () 】		
【 要介護度 ☐3 ☐4 ☐5 】 【 在宅であることを確認 ☐ 】 【 介護保険証の確認 ☐ 】		
【 交付 4/1 ・ 10/1 】 ☐不交付(理由)		
備 考	AGK	市