

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 _____
(介護者1) (フリガナ)

氏 名 _____

電話番号 _____

要介護者との続柄 _____

※申出の時点において確認可能な過去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

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						
介 護 者 1	住 所				<input type="checkbox"/> 申出者に同じ		
	(フリガナ) 氏 名			生年月日	昭・平 年 月 日		
介 護 者 2	住 所				<input checked="" type="checkbox"/>		
	(フリガナ) 氏 名			生年月日	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及び、関係各所への聞き取り等、 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。 <div style="text-align: right;"> 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) _____ </div>						

【 申出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 (マイナンバーカード・自動車運転免許証など)
- 2 要介護者の介護保険証

※ 郵送申出の場合は、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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 自動車運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護保険証の確認	<input type="checkbox"/>	要介護度	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付：理由				AGK
				市