

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4 ・ 要介護5 (どちらか○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
介護保険被保険者証の番号				
② 介 護 者	住 所			<input type="checkbox"/> 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。 <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>

<input type="checkbox"/> 介護保険証 () 【申出者確認】 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()					
【要介護度】 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 在宅					
【 交付 4/1 ・ 10/1 】 <input type="checkbox"/> 不交付 (理由)					
備 考	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">AGK</td> <td style="width: 50%;">市</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	AGK	市		
AGK	市				