

目黒区高齢者病院内介助助成金交付申請書

年 月 日

目 黒 区 長 宛て

病院内介助助成事業の助成金を受けるにあたり、下記のとおり申請します。

なお、サービスの申請及び利用をするにあたり、次の項目に同意します。

- 1 住民基本台帳による申請者の住所、氏名、生年月日等について確認を受ける。
- 2 介護保険法に基づく要介護度及び利用サービス状況について介護保険課へ確認を受ける。
- 3 高齢福祉課の各サービスの受給状況について確認を受ける。
- 4 障害者総合支援法等に基づく同種類のサービスの受給状況について障害者支援課へ確認を受ける。

記

申請者	ふりがな				生年月日	大正・昭和		
	氏名					年	月	日
	住所	目黒区			介護度	要支援 1・2		
		(電話番号:)				要介護 1・2・3・4・5		
同居の家族の状況	氏名	年齢	続柄	介護度・日中の状況等				
				要支援・要介護 ()	日中就労 (学)	日中在宅		
				要支援・要介護 ()	日中就労 (学)	日中在宅		
				要支援・要介護 ()	日中就労 (学)	日中在宅		
				要支援・要介護 ()	日中就労 (学)	日中在宅		
	日中在宅の家族が付き添えない理由をご記入ください							
活動の生	歩行	1. 杖なしで歩ける 2. 杖が必要 3. 何かにつかまれば一人で歩ける				認知症状		
		4. 介助があれば歩ける 5. 歩けない 6. 車いすを使う				有 (症状)		
医療機関	医療機関・診療科名			電話番号		通院の頻度		
						週・月 () 回		
						その他 ()		
事業者	事業所名:			居宅介護支援事業者	事業所名:			
	電話番号:				電話番号:			
					担当ケアマネジャー:			
申請の手続きをした方（申請者と同じ場合は不要です）								
氏名:				続柄:				
住所:				電話番号:				