

年 月 日

長岡京市長 様

### 介護保険外ホームヘルプ等サービス利用費助成申請書

給付券の交付を受けたいので、長岡京市介護保険外ホームヘルプ等利用費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、以下のとおり申請します。

申請者 (介護者)	フリガナ		要介護者との関係	
	氏 名	Ⓜ		
	住 所	長岡京市		
	電話番号	—		
高齢者等 (要介護者)	フリガナ		生年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名			
	住 所	長岡京市	※申請者(介護者)と住所・ 電話番号が異なる場合は 左記もご記入ください。	
	電話番号	—		
	申請日現在の状況について、あてはまるものに✓をつけてください。 介護を受けられる施設に・・・入所している <input type="checkbox"/> ・ 入所していない <input type="checkbox"/>			
	※市が入所・入院状況を確認する場合があります			
	要介護状態区分	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			

(添付書類：介護保険被保険者証の写し)

※本要綱における介護を受けられる施設・・・介護保険施設、特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設（介護付き有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）、認知症対応型共同生活介護の他、医療療養型病床及びその他の病院をいう。（その他の病院については3か月以上の入院が見込まれる場合のみ、介護を受けられる施設に入所しているものとみなします）