別記様式第１号（第５条関係）

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□　・　入所していない□ | | | | | | | |
| ※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 | | | | | |

※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）