<第1号様式>　　《富士市高齢者支援課》

『寝たきり高齢者等介護者はり・きゅう・マッサージ費用助成事業』利用申請書

（あて先）富士市長　　令和　　年　　月　　日

申請者（介護者）　住所
氏名
電話

『寝たきり高齢者等介護者はり・きゅう・マッサージ費用助成事業』について次のとおり申請します。

●要介護者					
ふりがな 氏　名		性　別	男　・　女	生年月日	大　・　昭 年　　月　　日（　　歳）
介護度	※要介護（　２　・　３　・　４　・　５　）		被保険者番号		
	□　本申請日の属する月前6か月間継続して、要介護2以上である				
	※要介護2の方は、介護認定調査時の主治医意見書において『認知症高齢者の日常生活自立度』がⅡ以上の場合のみ、対象となります。（Ⅱ以上に該当するかは、市で確認します。）				

●要介護者の本申請の前月から過去6か月間の介護サービスと入院の状況（該当箇所にレ点をいれてください）		
介護について	（要介護者の介護サービスの利用状況は、市でも申請後に確認をします。）	
	□　過去6か月間、介護サービスのショートステイ利用なし	
	□　過去6か月間、介護サービスのショートステイ利用あり（　利用日数　　日　）	
入院について	□　継続して14日以上の入院なし	□　継続して14日以上の入院あり　医療機関名（　　）

●　介護者（要介護者と本申請日の属する月前6か月間継続して同居し、生計を一にしている人）					
ふりがな 氏　名		性　別	男　・　女	生年月日	明　・　大　・　昭　・　平 年　　月　　日（　　歳）
住　所	〒　　－ 富士市			電　話	
続　柄	（※要介護者から見て）	介護状況	□　介護者が一人で介護している □　夜間だけ家族と交代で介護している □　家族等に介護を手伝ってもらっている □　その他（　　）		
職　業					

＞＞裏面へ続く

● 介護者、要介護者以外の同居者

氏　名	続　柄	年　齢	職　業	備　考
（フリガナ）				
（フリガナ）				
（フリガナ）				

● 申請代行居宅介護支援事業所

事業所名		ケアマネジャー	

※ 事務処理欄

決裁	課長	統括	主幹	課僚	担当	総合判断	1．承認 2．却下（　　） 3．その他（　　）

交付年月日	年　　月　　日	交付番号	