

新宿区長 宛て

### 新宿区回復期生活支援サービス 申請書

サービス利用時に、この申請書の写しを訪問介護事業所に提供することに同意した上で、下記のとおり、新宿区回復期生活支援サービスの利用を申請します。

なお、この申請に基づく資格認定等のために、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の情報連携を利用することに同意します。

本人氏名：

↑ 通知 送付 先に ✓	フリガナ		個人番号															
	氏名		生年月日		明治 大正 昭和		年		月		日生						歳	
	住所		〒 新宿区		電話番号													
	世帯状況		□一人暮らし □高齢者のみ世帯															

↑ 通知 送付 先に ✓	フリガナ		本人との関係																
	氏名																		
住所		〒		電話番号															

↑ 通知 送付 先に ✓	フリガナ		本人との関係																
	氏名																		
住所		〒		電話番号															

#### 【希望する支援】

希望する支援内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> 散歩の付添 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 見守り・話し相手 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )																		
希望する支援期間	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 2か月 <input type="checkbox"/> 3か月																		
希望の曜日・時間 (希望の曜日に○) (日時を記入)  ※1時間単位 ※週6時間まで	月	火	水	木	金	土	日	時	分	から	時	分	まで	( )	時間				
	月	火	水	木	金	土	日	時	分	から	時	分	まで	( )	時間				
	月	火	水	木	金	土	日	時	分	から	時	分	まで	( )	時間				
	月	火	水	木	金	土	日	時	分	から	時	分	まで	( )	時間				
	月	火	水	木	金	土	日	時	分	から	時	分	まで	( )	時間				
	月	火	水	木	金	土	日	時	分	から	時	分	まで	( )	時間				

※事業所の都合により、曜日と時間については変更をお願いする場合があります。

(裏面も記入)

#### 区 処 理 欄

個人番号	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他( )	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )	代理確認		本人確認			
受給要件	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 退院後又は通院開始から1か月以内 <input type="checkbox"/> 要介護認定の申請なし		<input type="checkbox"/> 一人暮らし又は高齢者のみ世帯(日中のみ含む) <input type="checkbox"/> 3か月以内に回復見込み <input type="checkbox"/> 要介護度なし <input type="checkbox"/> その他( )		受付者					
受給者負担の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	「あり」の場合	<input type="checkbox"/> 1割負担(1時間あたり300円) <input type="checkbox"/> 2割負担(1時間あたり600円) <input type="checkbox"/> 3割負担(1時間あたり900円)	「なし」の場合	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護					
住民番号								課長	係長	係員
決定番号										

**【一時的に身体機能が低下した原因】**

病名	
現在の病状	痛み、麻痺、服薬、通院の状況等を記入
回復までの見込み期間	医師の所見

**(退院直後の場合)**

入院先の病院名							
入院日	年	月	日	退院日	年	月	日

**(通院中の場合)**

通院中の病院名							
通院開始日	年	月	日	通院終了予定日	年	月	日

**【その他】** ※支援内容、ヘルパー派遣開始日、事業所等に具体的な希望があれば記入

--

**【緊急連絡先】** ※優先順位が高い順に記入

1	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
2	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

※入退院または通院開始の事実がわかる病院の領収書等の写を添付してください。