

認知症高齢者見守り等サービス費支給申請書

伊丹市長 様

年 月 日

次のとおり認知症高齢者見守り等サービス費の支給を申請します。

申請者	氏名	(続柄:) ※本人が自署しない場合は、記名押印してください ※申請者が被保険者でない場合は委任状が必要です			
	住所	〒 -	電話番号	- -	
被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	0 0 0 0	
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	住所	〒 -	電話番号	- -	
	要介護度 (該当に○)	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
居 宅 介 護 支 援 事 業 所	事業所	事業所名			
		代表者名	担当ケアマネ名		
	所在地	〒 -	電話番号	- -	
担当指定訪問介護事業所名 又は担当指定第1号訪問事業所名					
申請理由 (現在のサービス内容、介護状況を踏まえて記入して下さい)			家族構成		
			◎=本人、○=女性、□=男性、●■=死亡、 ☆=キーパーソン(サービス確認・署名者)		
サービス(内容詳細、利用により期待できる効果を記入して下さい) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> 外出介助			・同居家族は○で囲む ・キーパーソンの氏名も記入		

<伊丹市記入欄>

決 裁	課長		担当	<input type="checkbox"/> 支 給 (新 規 ・ 更 新 (回 目)) <input type="checkbox"/> 不 支 給
備 考	通知書送付先 (送付先住所 ・ 申請者住所) 生活保護受給 (あり ・ なし)			