

第2号様式

船橋市老々家族介護支援はり・きゅう・マッサージ等費用助成券交付申請書

令和 年 月 日

船橋市長あて

老々家族介護支援はり・きゅう・マッサージ等費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。  
 (\*太枠内及び受領書欄、署名欄をご記入ください。)

申請者 介護している人	住所	船橋市		
	フリガナ氏名		続柄	
	生年月日	M・T・S	年 月 日	( 歳)
	電話番号	( )		
同居の 要介護者	フリガナ氏名			
	生年月日	M・T・S	年 月 日	( 歳)
	要介護認定	要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
<p><b>受 領 書</b></p> <p>船橋市老々家族介護支援はり、きゅう、マッサージ等費用助成券24枚を受領しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 _____</p>				

交付要件を確認するにあたり、必要に応じて要介護認定を確認することに同意します。

要介護者の自署が必要です。 → 要 介 護 者 署 名

要介護者が自署できない場合は、代筆者、理由等を記入の上、  
代署してください。

(代筆 ) 要介護者との関係 ( )  
 ※要介護者が自署できない場合、その理由  
 身体状況により署名できないため  
 病状等により、意思確認できないため  
 その他 ( )

窓 口 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 対象者と要介護者が65歳以上である						
	<input type="checkbox"/> 要介護者が在宅で要介護2以上の介護認定を受け、かつ介護者と同居している						
	<input type="checkbox"/> 65歳未満の者と同居していない						
	<input type="checkbox"/> 2重申請ではない						
	<input type="checkbox"/> 受領書、署名欄に署名がある						
	<input type="checkbox"/> 助成券番号を記入						
窓口担当者確認印 <small>(サインでも可)</small>		助成券番号					

① 対象者、親族による申請

船橋市老々家族介護支援はり・きゅう・マッサージ等費用助成券交付申請書

令和〇△年 ×月 □日

船橋市長あて

老々家族介護支援はり・きゅう・マッサージ等費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。  
 (\*太枠内及び受領書欄、署名欄をご記入ください。)

申請者 介護している人	住所	船橋市 湊町2-10-25		
	フリガナ氏名	フナバシ タロウ 船橋 太郎	続柄	夫
	生年月日	M・T (S) ×□年 ○月 △日 (68歳)		
	電話番号	047 (〇〇〇) △△△△		
同居の 要介護者	フリガナ氏名	フナバシ ハナコ 船橋 花子		
	生年月日	M・T (S) △□年 □月 ×○日 (73歳)		
	要介護認定	要介護2 ・ (要介護3) ・ 要介護4 ・ 要介護5		
受 領 書				
船橋市老々家族介護支援はり、きゅう、マッサージ等費用助成券24枚を受領				
令和〇△年 ×月 □日				
対象者の氏名				
↓				
氏 名 船 橋 太 郎				

交付要件を確認するにあたり、必要に応じて要介護認定を確認することに同意します。

要介護者の自署が必要です。 → 要 介 護 者 署 名 船 橋 花 子

要介護者が自署できない場合は、代筆者、理由等を記入の上、代署してください。

(代筆 ) 要介護者との関係 ( )

\*要介護者が自署できない場合、その理由

身体状況により署名できないため

病状等により、意思確認できないため

その他 ( )

窓口 確認 欄	<input type="checkbox"/> 対象者と要介護者が65歳以上である					
	<input type="checkbox"/> 要介護者が在宅で要介護2以上の介護認定を受け、かつ介護者と同居所である					
	<input type="checkbox"/> 65歳未満の者と同居していない					
	<input type="checkbox"/> 2重申請ではない					
	<input type="checkbox"/> 受領書、署名欄に署名がある					
	<input type="checkbox"/> 助成券番号を記入					
窓口担当者確認印 <small>(サインでも可)</small>	助成券番号					

船橋市老々家族介護支援はり・きゅう・マッサージ等費用助成券交付申請書

令和〇△年 ×月 □日

船橋市長あて

老々家族介護支援はり・きゅう・マッサージ等費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。  
 (\*太枠内及び受領書欄、署名欄をご記入ください。)

申請者 介護している人	住所	船橋市 湊町2-10-25		
	フリガナ氏名	フナバシ タロウ 船橋 太郎	続柄	夫
	生年月日	M・T (S) ×□年 ○月 △日 (68歳)		
	電話番号	047 (〇〇〇) △△△△		
同居の 要介護者	フリガナ氏名	フナバシ ハナコ 船橋 花子		
	生年月日	M・T (S) △□年 □月 ×○日 (73歳)		
	要介護認定	要介護2 ・ 要介護3 ・ (要介護4) ・ 要介護5		
受 領 書				
船橋市老々家族介護支援はり、きゅう、マッサージ等費用助成券24枚を 令和〇△年 ×月 □日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     ケアマネ等の氏名                      ↓                      氏名 高 福 次 郎                 </div>				

交付要件を確認するにあたり、必要に応じて要介護認定を確認することに同意します。

要介護者の自署が必要です。 → 要 介 護 者 署 名 船 橋 花 子

要介護者が自署できない場合は、代筆者、理由等を記入の上、  
 代署してください。

(代筆 船橋 太郎 ) 要介護者との関係 ( 夫 )  
 ※要介護者が自署できない場合、その理由  
 身体状況により署名できないため  
 病状等により、意思確認できないため  
 その他 ( )

窓 口 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 対象者と要介護者が65歳以上である					
	<input type="checkbox"/> 要介護者が在宅で要介護2以上の介護認定を受け、かつ介護者と同居所である					
	<input type="checkbox"/> 65歳未満の者と同居していない					
	<input type="checkbox"/> 2重申請ではない					
	<input type="checkbox"/> 受領書、署名欄に署名がある					
	<input type="checkbox"/> 助成券番号を記入					
窓口担当者確認印 <small>(サインでも可)</small>	助成券番号					