

様式第1号（第6条関係）

大津市高齢家族介護者支援はり、きゅう、マッサージ施術費助成事前確認依頼書
 (宛先) 年 月 日

大津市長

大津市高齢家族介護者支援はり、きゅう、マッサージ施術費助成の申請を行うに当たり、助成対象者としての要件を具備しているか否かの確認をいたしたく、依頼申し上げます。また、その確認に当たり、必要に応じて私（依頼者）の世帯状況、介護保険料所得段階及び要介護者の要介護認定を確認することに同意します。

(*太枠内及び署名欄をご記入ください。)

依頼者 (介護している人)	住所	大津市		
	フリガナ氏名		続柄	
	生年月日	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	年 月 日 (歳)		
	要介護認定	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
確認事項	該当の場合□にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 依頼者（介護している人）と要介護者ともに65歳以上である <input type="checkbox"/> 65歳未満の者と同居していない <input type="checkbox"/> 介護保険料所得段階が第8段階以下である *所得段階がご不明な場合は市で確認いたします。		

依頼者（介護している人）署名

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 ()

----- 市記入欄 -----

<input type="checkbox"/> 依頼者と要介護者が65歳以上である	<input type="checkbox"/> 65歳未満の者と同居していない
<input type="checkbox"/> 二重申請ではない	<input type="checkbox"/> 依頼者の介護保険料所得段階が第8段階以下である
<input type="checkbox"/> 要介護者が在宅で要介護3以上の介護認定を受け、かつ、依頼者と同居している	