

厚木市在宅ねたきり等高齢者登録申請書 兼寝具乾燥事業申請書

確認事項および同意確認について（該当するものに☑をお願いします。）

- ☐ 市の住民基本台帳に記録されており、市内に6箇月以上居住している満65歳以上に該当します。
- ☐ 要介護4・5の状況が6箇月（満80歳以上の者にあつては3箇月）以上継続しており、なお今後も継続すると認められます。（状態の継続期間には、病院等の入院・入所期間は含まない。）
- ☐ 今後も月に16日以上在宅（住民票の住所地）で生活をします。（宿泊する。）

住 所	〒 厚木市				
ふりがな 対象者氏名			生年月日	昭和 年 月 日	
（申請者） 介護者氏名		続 柄		電話番号	
介護者住所 ※対象者と異なる 場合記入	〒				
同居の方の 情報	氏 名	続 柄	生年月日	備 考	
要介護4以上となった時期	年 月頃（原因： ）				
小規模多機能型居宅介護（看護） を利用している	は い ・ いいえ				
介護保険サービス利用状況					
主治医：あり・なし	医療機関名：				
寝具乾燥消毒事業に申し込む	は い ・ いいえ ※事業実施は冬頃です				

同意書

認定に当たり、市職員が私の介護保険要介護認定資料等を調査確認することに同意します。
また、この申請により厚木市在宅ねたきり等高齢者に該当した場合、担当民生委員及び担当の地域包括支援センター職員に登録にかかる情報を提供することに同意します。

寝具乾燥消毒事業について、事業に申込をした場合は、事業実施業者へ住所、氏名、連絡先の情報提供について、同意します。

なお、登録要件に該当しなくなった場合は、速やかに市へ連絡いたします。

令和 年 月 日

（申請者）
氏 名