

高齢者ホームケア機器給付申請書 (シルバーカー)

年 月 日

江戸川区長 殿

高齢者ホームケア機器の給付を次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、私の住民票記載事項、介護保険認定状況及び課税状況の情報を確認することに同意します。

| | | | | |
|-------|------|------|---|-----|
| 給付申請者 | 住所 | 江戸川区 | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 歳 |
| | 電話番号 | | | |
| | 携帯電話 | | | |

| | | | | |
|-----|---------|--|----|----|
| 来所者 | 住所 | | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 申請者との続柄 | | 同居 | 別居 |
| | 電話番号 | | | |
| | 携帯電話 | | | |

| | |
|-----------------------|---------------------|
| 住民税（特別区民税又は市町村民税）課税状況 | 非課税（課税の方は対象になりません。） |
|-----------------------|---------------------|

* 給付を受けるには、1割自己負担が必要です。
下記からいずれかひとつをお選びいただき、各項目の該当する 内に 印をつけてください。

| 申請内容 | シルバーカー（種目） | 自己負担額 | 申請理由 |
|------|------------------|--------|---|
| | ヘルスバッグMB（花柄紺） | 2,100円 | 介護保険非該当だが、機器を使用することにより安定した生活ができる。 機器を使用することにより、自ら外出することができる。 その他（ ） |
| | ライトミニM（紺色） | 1,900円 | |
| | ライトミニM（赤色） | 1,900円 | |
| | ライトステップ・タイニー（黒色） | 3,000円 | |
| | | | |

* シルバーカーは、自らの責任において安全に機器を使用できる方が対象になります。

| | |
|------------------|--|
| 要介護認定の状況区分（で囲む。） | 1 未申請 2 申請中（ 年 月 日申請） 3 非該当 |
| 身体状況 支障のある部位 | 4 要支援（1・2） 5 要介護（1・2・3） * 要介護4又は5は支給対象外です。 |
| 使用時の安全性について | 上肢 下肢 腰 半身 体幹 その他（ ） |
| | 介助者の必要性がなく、直進・方向転換・ブレーキ操作ができる。 |

| | | |
|-------|---|-------|
| 利用同意書 | 私は江戸川区の熟年者ホームケア機器給付申請において、下記の事項を守ることに同意します。 | |
| | 1 ホームケア機器（シルバーカー）を受け取る際、区が定めた料金を、区がこのホームケア機器給付事業を委託した事業者に対し、直接支払います。 | |
| | 2 本事業利用のためにこの申請書の情報を、区がこのホームケア機器給付事業を委託した事業者や熟年相談室（地域包括支援センター）等に提供することに同意します。 | |
| | 3 申請後の返品及び交換は行いません。利用に際し、製品の欠陥以外の故障及び事故については、自己の責任において処理します。 | |
| | 年 月 日 | 申請者氏名 |

以下は記入しないでください。

| |
|------------|
| その他（連絡事項等） |
|------------|

| 受付窓口 | 受付者 | 課税状況 | 決定結果 | 入力処理日 | 業者指示日 | 決定番号 |
|------|-----|-------------------|--------------|-------|-------|------|
| | | 年度 ・課税 ・非課税 | ・該 当 ・非該当 | | | |