

## ダブルケア申告書

### ケアを受けている方について

おねがい会員番号		おねがい会員氏名	
生年月日	( 歳 )	申告者との続柄	
住所・電話	TEL		
介護・看護状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (同居・別居) ) <input type="checkbox"/> 入院・入所(機関) ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	※同居以外の場合記入 訪問頻度(週・月 日 程度) <input type="checkbox"/> その他( )		
内容	家事援助・食事補助・着脱衣補助・入浴補助・排泄補助・外出同行・経済的援助・その他 <介護・看護の状況を具体的にご記入ください>		

申請内容	<input type="checkbox"/> ①介護 <input type="checkbox"/> ②障害 <input type="checkbox"/> ③傷病
①介護認定の有無 ※要介護保険被保険者証コピー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )
②手帳の有無 ※要手帳コピー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( A1・A2・B1・B2 )
③傷病申告	傷病名 ( )
	<input type="checkbox"/> 通院(月・週 日程度) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )
	治療期間: <input type="checkbox"/> ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未定 (理由: )
	医療機関:

上記の通り、現在育児と介護・看護等を同時に行っていることを申告いたします。また、助成対象に該当しなくなった場合、速やかに申し出ます。

年 月 日

申告者住所

氏名

印