

大洲市在宅高齢者等介護手当支給申請書

年 月 日

大洲市長 様

次のとおり、在宅高齢者等介護手当の支給を申請します。

住 所 大洲市
 申請者 氏 名 ⑩
 (介護者) 認知症高齢者との続柄
 電話番号

認知症 高齢者	住 所	大洲市				
	氏 名	性別	生年月日	年 月 日	歳	
		男 女	月 日			
	要介護認定	1. 要介護4 2. 要介護5 3. 介護認定を受けていない (年 月 日認定)				
	居宅において認知症になった時期及び原因	年 月頃 (病名等)				
	支給対象期間	年 月から 年 月までの1年間				
	入院・入所の有無 (有の場合、期間、病院・施設名)	有 () 無				
介護保険サービス利用の有無 (有の場合、サービス名、利用日数)	有 () 無					
世帯 状況	氏 名	続 柄	生年月日	職 業	備 考	
振込金融機関	銀行 金庫 農協		支店 支所	口座番号		
				フリガナ		
	種 別	<input type="checkbox"/> 普通座 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義人		

※ 振込金融機関の欄は、申請者(介護者)のものを記入すること。

同意書

必要がある場合は、私及び私の世帯員について、住民基本台帳、課税台帳及びその他決定に必要な書類等の閲覧及び調査することに同意します。

介護者氏名 _____ ⑩

認知症高齢者氏名 _____ ⑩

認知症高齢者状態判定書

認知症及び日常生活の状況	
(1) 新しい出来事は全く記憶できず、古い記憶の残存もわずかである。	ア 該当する イ 該当しない
(2) 年月日、時間、場所、人物すべてがわからない。	ア 該当する イ 該当しない
(3) 簡単な会話	ア 困難 イ やや困難 ウ 普通
(4) 日常生活	ア 全介助 イ 一部介助 ウ 自分で可

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

病院名

医 師

氏 名

Ⓔ

電話番号