

様式第1号の1 (第3条関係)

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) 寝たきり高齢者との続柄
 電話番号

寝たきり高齢者	住 所	大洲市				
	氏 名	性別	生年月日	年 月 日	歳	
		男 女				
	要介護認定	1. 要介護4 2. 要介護5 3. 認定を受けていない (年 月 日認定)				
	居宅において寝たきりになった時期及び原因	年 月頃 (病名等)				
	支給算定期間	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

寝たきり高齢者氏名 _____ ⑩

寝たきり高齢者状態判定書

日 常 生 活 状 態					
動作	程 度				評 点
	0点	1点	2点	3点	
歩行	杖等を使えば ひとりで歩ける。	伝い歩きが できる。	付添いが手肩 等がかせばで きる。	歩行は全くで きない。	() 点
食事	普通に自分で 食事ができ る。	配膳すれば自 分でできる。	食事中、付添 いが必要(一 部介助)	自分では全く できない。	() 点
排泄	夜昼とも便所 でできる。	便器を使って 自分ででき る。	夜間はおむつ が必要	常時おむつが 必要	() 点
入浴	普通に自分で 入浴できる。	洗う時だけ介 助が必要	常時付添い介 助が必要	自分では入浴 できない。	() 点
合 計					() 点
上記のとおり相違ないことを確認しました。					
年 月 日					
氏 名					(印)
民生委員					電話番号