

ねたきり老人等介護手当支給申請書

令和 年 月 日

佐伯市長 様

申請者 住所

氏名

印

電話

次により、ねたきり老人等介護手当の支給を受けたいので申請します。
また、佐伯市において私が介護するねたきり老人等に係る介護保険に関して必要な事項を調査することについて同意します。

| | | | | |
|--|--|---|--------|--------|
| 介護者 | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 佐伯市 | 電 話 | () |
| ねたきり老人等 | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 佐伯市 | 電 話 | () |
| 要介護状態になった時期 | | 年 月 日 | 要介護度 | |
| 要介護状態になった原因 | | | | |
| 障害者手帳番号・級 | | 番号 | 種 級 | |
| 日常動作及び介護の状況 | 1 現在の状況 | ア 常時臥床している。 イ ほとんど臥床しているが時々座ることができる。 | | |
| | 2 日常動作 | (1) 食事が自分で | ア できる | イ できない |
| | (2) 入浴が自分で | ア できる | イ できない | |
| (3) 排泄が自分で | ア できる | イ できない | | |
| (4) 衣服の着脱が自分で | ア できる | イ できない | | |
| (5) 室内の歩行が自分で | ア できる | イ できない | | |
| (6) 座位の保持が自分で | ア できる | イ できない | | |
| 3 介護の状況 | ア かかりきりで面倒をみている。 イ 他の仕事をしながら面倒をみている。 | | | |
| 病院入院・施設入所・ショートステイ等の状況 無・有 (下記に記入ください。) | | | | |
| 月 日～月 日まで (入院・入所) | 月 日～月 日まで (入院・入所) | | | |
| 月 日～月 日まで (入院・入所) | 月 日～月 日まで (入院・入所) | | | |
| 月 日～月 日まで (入院・入所) | 月 日～月 日まで (入院・入所) | | | |
| 月 日～月 日まで (入院・入所) | 月 日～月 日まで (入院・入所) | | | |
| 月 日～月 日まで (入院・入所) | 月 日～月 日まで (入院・入所) | | | |
| 月 日～月 日まで (入院・入所) | 月 日～月 日まで (入院・入所) | | | |
| 民生委員による状況の確認 | 上記介護者が、自宅で被介護者を介護している状況を確認しました。 令和 年 月 日 (地区)民生委員氏名 印 | | | |
| 振込金融機関名 | フリガナ | | | |
| 口座番号 | フリガナ 口座名義人(介護者名) | | | |