

御嵩町長 宛

御嵩町ねたきり高齢者等介護者手当支給申請書

申請者 (主たる介護者)	住 所	御嵩町	性 別	男・女
	氏 名	①		
	連絡先		被介護者との関係	

ねたきり高齢者等と同居して介護しているので、御嵩町ねたきり高齢者等介護者手当支給要綱第5条第1項の規定により次のとおり介護者手当の支給を申請します。

なお、審査に当たり、被介護者の介護保険認定審査に係る書類（主治医意見書、認定調査票等）及び介護保険サービスの給付実績を閲覧することを承諾します。

氏 名		状 態	1 ねたきり	2 認知症	3 障がい者
生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男・女		
要介護度	要介護	要介護認定の有効期間	年 月 日～	年 月 日	

ねたきり等の現況（※該当するランク・状態を○で囲む）

ねたきり高齢者の日常生活自立度	ランク（自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2）
認知症高齢者の日常生活自立度	ランク（自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M）
認知症の周辺症状	該当する項目数（ ）

※支給対象期間に、入院や施設入所（ショートステイは除く。）があれば記入すること。

※ショートステイを利用した場合は、その月のケアプランの写しを添付すること。

入院・入所施設名	入院・入所期間
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

手当の振込先

金融機関名	支店名	フリガナ口座名義	種別	口座番号