

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<br>(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 |
|-------|-----|----------|----|------|
|       |     |          |    |      |