

在宅寝たきり高齢者等介護手当支給申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所 糸魚川市

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり糸魚川市寝たきり高齢者等介護手当の支給を申請します。

申請に伴い、その決定に必要なときは、事業の担当者が私及び私の世帯員の所得の状況等について調査することについて同意します。

寝たきり 高齢者等	介護保険 被保険者 番 号			介護度 及び 有効期間	要介護_____ 年 月 日～
	氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	糸魚川市			
介	氏 名	フリガナ		当該高齢 者等との 続柄	
	生年月日	年 月 日 (歳)		電話番号	
護 者	振込指定 金融機関	金 融 機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協 労働金庫		支店名 支店
		口座 番号	当座 普通	口座名義	フリガナ
	上記の内容を通帳等で確認し、右の□に☑印を付けてください。 □				
介護手当支給 対象月の確認	20日以上在宅で介護した月に☑印を付けてください。				対象月
	<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月				月

【福祉事務所事務処理欄】

介護度	調査表 確 認	受付日	決定日	判 定	支給月
・介護3 (非課税) ・介護4 ・介護5				適 申請のとおり支給する。 否 理由：	月

令和 年度在宅寝たきり高齢者等介護手当対象月数調査票

[寝たきり高齢者等の氏名] _____ [介護者氏名] _____

	入 院	入 所	在宅介護日数	対 象
4月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
5月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
6月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
7月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
8月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
9月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
10月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
11月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
12月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
1月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
2月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
3月	_____ 日 (病院名: _____)	_____ 日 (施設名: _____)	_____ 日	
計	/	/	/	月

(注1) 在宅介護日数(通算)が20日以上ないと手当の対象月となりません。

(注2) ショートステイ(老健・特養)は在宅日数には含めません。