

大野城市在宅ねたきり高齢者等介護手当支給申請書

年 月 日

大野城市福祉事務所長 様

〒

申請者(介護者) 住 所 大野城市

電話番号

フリガナ

氏 名

ねたきり高齢者等を下記のとおり介護していますので、大野城市在宅ねたきり高齢者等介護手当の支給を申請します。  
 なお、必要がある時は、世帯の住民票、課税台帳、介護認定関係書類の調査、確認等を貴福祉事務所が行うことを承諾します。

記

ねたきり高齢者等 氏 名				女 ・ 男	申請者との続柄		
住 所	大野城市			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳		
要介護度	5・4・3・2・1・要支援・認定無し			認定期間	年 月 日～ 年 月 日		
要介護度4以上の 認定時期、 または、ねたきり、 認知症等になった時期	年	月頃	原因	脳卒中・リウマチ・神経痛・高血圧・心臓疾患 眼疾患・喘息・結核・事故・骨折・老衰 その他( )			
心身の状態	肢体不自由( 上肢・下肢・体幹 )・認知症・視覚障害 聴覚または平衡機能障がい・音声または言語機能障がい						
受療状況	(1)治療内容						
	(2)医療機関名						
	(3)受診回数 1か月に 回程度(うち往診 回)						
現在受けている サービス	短期入所生活介護(ショートステイ)・訪問介護(ヘルパー)・訪問入浴介護・訪問リハビリ 訪問看護・通所介護(デイサービス)・通所リハビリ(デイケア)・配食サービス・緊急まどか コール 介護用品(紙おむつ給付)・徘徊位置検索サービス・介護手当・福祉電話・軽度生活支援						
家族の 状況 (本人含)	氏 名	高齢者との続柄	年 齢	職 業	備 考		
		本人		有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
振込先	金融機関名	銀行・農協		支店名	支店		
	種類	普通・当座	口座番号	フリガナ 名義人氏名			

※要介護度4・5の場合は「認定結果通知書の写し」、または「被保険者証の写し」、それ以外の場合は「現況調査票(様式第2号)」または「認知症調査票(様式第3号)」の添付が必要です。