

倉敷市在宅ねたきり高齢者等介護手当支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 倉敷市長

倉敷市在宅ねたきり高齢者等介護手当の支給を受けたいので申請します。なお、介護手当の給付決定のため、介護保険の要介護認定の状況、介護保険・障がい福祉サービスの利用状況、医療保険の利用状況、介護者及び介護者の世帯の所得状況について関係機関に照会されることに同意します。

申請者	氏名	(フリガナ) 氏 名	生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	倉敷市		電話番号	自宅 - 携帯 - -
	ねたきり高齢者等からみた続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 孫の配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他の親族 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	職業の有無及び就労時間	<input type="checkbox"/> 有 (職業名:) 就労時間 (約 時間 分/日) <input type="checkbox"/> 無			

※「ねたきり高齢者」又は「重度身体障がい者」を複数で介護している場合の主たる介護者とは、中心になって介護している方をいいます。

ねたきり高齢者等	氏名	(フリガナ) 氏 名	生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	倉敷市			
	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (級) <input type="checkbox"/> 無		障がい名	
	特別障がい者手当の受給状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	直近の要介護認定年月日	年 月 日		直近の要介護度	要介護 ()
	常時介護を必要とするようになった時期	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃			
	グループホームへの入所状況	<input type="checkbox"/> 入所している (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入所していない			
	申請日前1年間の医療機関・施設への入院、入所の状況	医療機関名・施設名		入院期間・入所期間	
申請日前1年間のショートステイの利用状況	ショートステイ実施施設		入所期間		

※入院・入所・ショートステイ期間等が書ききれない場合は、別紙(任意様式)を添付してください。

振込先	金融機関の名称		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	銀行 信用金庫 農協		口座番号	
	() (本)支店 () (本)支所		(フリガナ) 口座名義人	

1 介護の状況（該当するところの□にレ印をつけてください。）

歩 行	<input type="checkbox"/> 時間がかかっても、杖や車イスなどを使って自分で歩行（移動）させている。	<input type="checkbox"/> 手や肩をかして歩かせている。	<input type="checkbox"/> できるだけ手をかしてでも歩かすよう努めているが、歩行は不可能 <input type="checkbox"/> 車イスに乗せて移動させている。
排 泄	<input type="checkbox"/> 自分で昼夜とも便所でさせている。 <input type="checkbox"/> 昼は便所で、夜は簡易便器を使って自分でさせている。	<input type="checkbox"/> 昼夜とも手や肩をかして簡易便器でさせている。	<input type="checkbox"/> できるだけ簡易便器でさせるよう努めているが、おもらしがあるので、やむを得ず常時おむつを使っている。 <input type="checkbox"/> 寝どこを離れることができないので、やむを得ず常時おむつを使っている。
食 事	<input type="checkbox"/> 寝どこやベッドを離れ自分で食事をさせている。	<input type="checkbox"/> 寝どこやベッドを離れさせ、または座らせて介助して食事をさせている	<input type="checkbox"/> 自分では食事ができないので、寝どこやベッドについたままで食べさせている。
入 浴	<input type="checkbox"/> 時間がかかっても自分で入浴をさせている。	<input type="checkbox"/> 自分で入浴させているが、洗うときや浴槽の出入りのときに介助している。	<input type="checkbox"/> 自分ではできないので全て介助して入浴させている。 <input type="checkbox"/> 身体をきれいに拭いている。
着脱衣	<input type="checkbox"/> 時間がかかっても自分で着脱させている。	<input type="checkbox"/> 手をかして着脱をさせている。	<input type="checkbox"/> 自分ではできないので全て介助して着脱している。

2 介護機器の使用状況（該当するところの□にレ印をつけてください。）

ベッド・床ずれ 予防関連用品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台（電動式又は手動式） <input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他（ ）
移動・移乗用具	<input type="checkbox"/> 電動式車イス <input type="checkbox"/> 移動用具（移乗用イス等）	<input type="checkbox"/> 一般車イス <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> その他
歩 行 補 助 具	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> その他（ ）
排 泄 用 品	<input type="checkbox"/> 簡易便器 <input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> トイレ用手すり <input type="checkbox"/> おむつ
入 浴 用 品	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 入浴用イス	<input type="checkbox"/> 浴槽簡易手すり <input type="checkbox"/> その他（ ）