

鹿屋市高齢者等介護慰労金支給申請書

年 月 日

鹿屋市長 様

下記のとおり、高齢者等介護慰労金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者（介護を受けている方）	フリガナ		生年月日	<small>大正 昭和 平成</small>	年	月	日																								
	氏名		年 齡		歳																										
	住所																														
	本人の状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護高齢者（65歳以上）※65歳未満で特別障害者手当受給者と同等含む。 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">要介護度</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/>要介護2（認知症高齢者に日常生活自立度：主治医意見書Ⅲa以上） <input type="checkbox"/>要介護3 <input type="checkbox"/>要介護4 <input type="checkbox"/>要介護5 </td> </tr> <tr> <td>認定期間</td> <td colspan="2">年 月 日 から</td> <td colspan="2">年 月 日まで</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">年 月 日 から</td> <td colspan="2">年 月 日まで</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 要介護障害者（65歳未満） <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">特別障害者手当受給開始年月</td> <td>年</td> <td>月</td> </tr> </table>							要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護2（認知症高齢者に日常生活自立度：主治医意見書Ⅲa以上） <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						認定期間	年 月 日 から		年 月 日まで					年 月 日 から		年 月 日まで				特別障害者手当受給開始年月	年
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護2（認知症高齢者に日常生活自立度：主治医意見書Ⅲa以上） <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																														
認定期間	年 月 日 から		年 月 日まで																												
	年 月 日 から		年 月 日まで																												
特別障害者手当受給開始年月	年	月																													
介護者（介護をしている方）	フリガナ		電話番号																												
	氏名		生年月日	年	月	日（歳）																									
	続柄	<small>※対象者からみた続柄を記入してください。</small>			職業																										
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同住所（記入不要） <input type="checkbox"/> 対象者と別住所（以下に記入）																													
	振込口座	金融機関名	銀行・信組 農協・信金 労金・漁協		本店 支店・支所 出張所																										
	預金種目	口座番号																													
	口座名義	(カタカナ)																													
民生委員の証明	上記のとおり在宅で介護していることを証明します。 （ 地区） 民生委員署名 _____																														
申請者（窓口に来た方）	※介護者本人が申請する場合は記入不要です。 ※代理人が申請する場合は以下を記入してください。																														
	フリガナ		電話番号																												
	氏名		続柄																												
	住所																														

※市記入欄

介護者（申請者）の本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 対象者資格 <input type="checkbox"/> 介護者資格 <input type="checkbox"/> 在宅日数 <input type="checkbox"/> 介護内容（ ） 支給区分 <input type="checkbox"/> 要介護高齢者 3・6 <input type="checkbox"/> 要介護障害者
<input type="checkbox"/> 委任状（介護者名義以外の振込口座等）	

【在宅日数調査】

1 当てはまる方に○をつけて下さい。

令和 年 月 2日から申請までの間に入院、施設(老人ホーム・ショートステイ等)入所、グループホーム入居、小規模多機能型居宅介護における宿泊利用のため在宅でない日(デイサービス等日帰りのものを除く)が【 ある ・ ない 】

2 上記の【ある】に○をつけた方は期間等をご記入下さい。

	期 間				病院・施設・事業所名
	(入所(入院)日)		(退所(退院)日)		
(1)	月	日	～	月	日 ()
(2)	月	日	～	月	日 ()
(3)	月	日	～	月	日 ()
(4)	月	日	～	月	日 ()
(5)	月	日	～	月	日 ()
(6)	月	日	～	月	日 ()
(7)	月	日	～	月	日 ()
(8)	月	日	～	月	日 ()
(9)	月	日	～	月	日 ()
(10)	月	日	～	月	日 ()
(11)	月	日	～	月	日 ()
(12)	月	日	～	月	日 ()
(13)	月	日	～	月	日 ()
(14)	月	日	～	月	日 ()
(15)	月	日	～	月	日 ()

3 介護保険のサービスで利用しているものに○を付けてください。

- (1) 通所介護(デイサービス) (2) 通所リハビリテーション(デイケア)
- (3) 訪問介護(ホームヘルプ) (4) 訪問入浴介護 (5) 訪問リハビリテーション
- (6) 訪問看護 (7) 居宅療養管理指導 (8) 福祉用具貸与
- (9) 特定福祉用具販売(福祉用具購入費の支給) (10) 住宅改修費支給
- (11) 短期入所生活/療養介護(ショートステイ)
- (12) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (13) 小規模多機能型居宅介護(訪問、通い、泊り)

上記1～3の内容で相違ないことを証明します。

居宅介護支援事業者(所) :

代表者または管理者 :

※何らかの事由により民生委員の証明をもらうことが困難な場合

介護支援専門員 の証明	表面のとおり在宅で介護していることを証明します。 担当介護支援専門員 氏名
----------------	--