第１号様式（第４条関係）

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。

大正

昭和

平成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（介護を受けている方） | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 年　齢 | 　　　　歳 |
| 住所 |  |
| 本人の状態区分 | □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。 |
|  | 要介護度 | □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）□要介護３　　□要介護４　　□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 |
| □要介護障害者（65歳未満） |
|  | 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 | ※対象者からみた続柄を記入してください。 | 職業 |  |
| 住所 | □対象者と同住所（記入不要）　　□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 | □対象者資格　□介護者資格　□在宅日数□介護内容（　　　　　　　　　　　　　）支給区分　□要介護高齢者　３・６□要介護障害者　 |
| * 運転免許証　　□ マイナンバーカード
* 介護保険者証　□ その他（　　　　　　　　　）
 |
| * 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７年２月２日から申請までの間に**入院**、**施設入所**（老人ホーム・ショートステイ等）、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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **入院・入所日** | **退院・退所日** | **病院・施設・事業所名** |
| (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チェック☑を付けてください。

□ 通所介護（デイサービス） 　□ 通所リハビリテーション（デイケア）

□ 訪問介護（ホームヘルプ） 　□ 訪問入浴介護

□ 訪問看護　 　 □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

□ 訪問リハビリテーション 　□ 居宅療養管理指導

□ 福祉用具貸与 □ 特定福祉用具販売（福祉用具購入費の支給） □ 住宅改修費支給

□ 短期入所生活／療養介護（ショートステイ）

□ 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 | 申請書（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： |