

様式第1号（第4条関係）

在宅寝たきり高齢者等介護激励金支給申請書

年 月 日

甲賀市長

あて

(介護者) 住所

氏名

㊟

(高齢者との続柄) 電話番号 - -

甲賀市在宅寝たきり高齢者等介護激励金支給規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

記

| | | | | |
|--|---|-------|-----|-------|
| 寝たきり高齢者等 | 住 所 | | | |
| | (ふりがな) 氏 名 | () | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 年 齢 | 満 歳 |
| 1 要介護度状態区分 | 要介護4 ・ 要介護5 | | | |
| 2 認定の有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| 3 (年 月 日～ 年 月 日の間) 在宅で、1箇月に15日以上介護されていましたか | は い ・ いいえ (いいえの場合、在宅14日以下の月は 月) ※ショートステイや入院の場合は在宅となりません。 | | | |
| 4 年 月 日～ 年 月 日に入院 等があればその期間 (正確に記入してください。) | 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| 5 寝たきり高齢者等の方と介護者は一緒に住んでいますか | は い ・ いいえ | | | |
| 6 特別障害者手当・福祉手当を受給されていますか (申請中も含む) | は い ・ いいえ | | | |
| 居宅介護支援事業所名又は担当ケアマネジャー 氏名 | 事業所名 | 担当者名 | | |
| 同 意 書 | | | | |
| この度、在宅寝たきり高齢者等介護激励金支給申請を行いました。介護激励金の支給要件に必要な事項について、甲賀市長寿福祉課が関係機関へ照会することに同意します。 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 氏名 ㊟ 続柄 () | | | | |
| (同意者は、寝たきり高齢者等又は寝たきり高齢者等と同一世帯の方とします。) | | | | |

※口座振込依頼書を添付してください。