**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　甲賀市**

**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** | **甲賀市** | | |
| **（ふりがな）**  **氏　　名** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日** | | |
| **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** | |
| **７　激励金特別加算金の給付審査について希望されますか** | | | **希望する　　　・　　　希望しない** | |
| **居宅介護支援事業所名及び担当ケアマネジャー** | | | **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が、介護激励金の支給要件に必要な事項である在宅期間の確認及び特別加算の支給要件に必要な「寝たきり度」「認知症ランク」について、甲賀市長寿福祉課が、私（高齢者）が契約している居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーに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。）** | | | | |

※口座振替依頼書を添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出先　　長寿福祉課高齢者支援係

**（記載例）**

**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　甲賀市**

**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** | **甲賀市** | | | | |
| **（ふりがな）**  **氏　　名**  申請日の属する月　１ヶ月間（例：申請日1/15の時・・1/1～1/31）見込みで可 | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | **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。**  上記３と同じ期間 | | | **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** | | | |
| **７　激励金特別加算金の給付審査について希望されますか**  給付審査基準日が属する月（１１月）の申請時は必須。その他の時は特別加算金が審査により１月支給時に出ること、１月現況届で再度意思確認することを説明してください。 | | | **希望する　　・** | **希望しない** | | |
| **居宅介護支援事業所名及び担当ケアマネジャー** | | | **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が、介護激励金の支給要件に必要な事項である在宅期間の確認及び特別加算の支給要件に必要な「寝たきり度」「認知症ランク」について、甲賀市長寿福祉課が、私（高齢者）が契約している居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーに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。）** | | | | | | |

※口座振替依頼書を添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出先　　長寿福祉課高齢者支援係