

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。