

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 (いいうの場合、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。

口座振込依頼書

年 月 日

甲賀市長 あて

(介護者) 住 所

氏 名 ⑩

電話番号 — —

甲賀市在宅寝たきり高齢者等介護激励金については、下記の金融機関に振り込んでください。

記

金融機関	銀行・金庫 本店・支店 組合・農協 本所・支所
預金種別	1 普通・通常貯金 2 当座・一般振替口座 口座番号
(フリガナ) 口座名義人	() ※口座名義人は、介護者の方に限ります。

(正確にご記入ください。)

(※ただし、現在のゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)のままでは振り込むことができません。**振込用の店名・預金種目・口座番号・受取人カナ氏名が必要になります**ので、お近くのゆうちょ銀行・郵便局の貯金窓口までご確認ください。)