

西之表市高齢者介護手当支給申請書

年 月 日

西之表市長 殿

西之表市高齢者介護手当の支給を受けたいので申請します。

また、西之表市高齢者介護手当の支給決定にあたり、私が介護する要介護高齢者等に係る必要な事項を西之表市が調査することについて同意します。

介護者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	西之表市	電 話	()
高齢者等 要介護	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	西之表市	電 話	()
帯状況 要介護高齢者等の世	氏 名	要介護高齢者等との続柄	年 齢	備 考
要介護高齢者等になった時期	年 月 日			
要介護高齢者等になった原因				
要介護状態の程度	要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5			
おむつの使用	有 ・ 無			
前年度の介護手当の受給の有無	有 ・ 無			

※下欄に民生委員又は介護支援専門員の状況確認・署名が必要です。

民生委員又は 介護支援専門 員の状況確 認・署名	上記介護者が要介護高齢者等を申請日前6月間、在宅で介護していることを確認します。 民生委員（署名） 介護支援専門員（署名）
-----------------------------------	---

※口座の情報がわかるものを添付してください。

手当振込 金融機関名	銀行			支店
口座番号	フリガナ			
	名義人（介護者名）			

介護量調査欄

※介護者が介護をする程度に○をしてください。

食事	介助しない ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ 介護サービス
調理	介助しない ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ 介護サービス
更衣	介助しない ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ 介護サービス
整容	介助しない ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ 介護サービス
入浴	介助しない ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ 介護サービス
排泄	介助しない ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ 介護サービス
歩行	介助しない ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ 介護サービス