

様式第1号（第4条関係）

重度心身障害者等介護手当受給（更新）申請書
（ねたきり高齢者用）

年 月 日

（あて先）富山市長

申請者 (介護者)	住 所	富山市	電話	—
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日	被介護者 との続柄	

次のとおり、重度心身障害者等介護手当の受給認定（更新）の申請をします。

重度心身 障害者 (被介護者)	住 所	富山市	電話	—
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日		

次の1から4のうち該当する数字に○をつけて該当箇所の記載をして下さい。

1 身体障害者	手帳番号	都道府県・市 第 号	障害名 等 級	種 級
2 知的障害者	療育手帳	A	番 号	第 号
3 ねたきりの高齢者				
4 認知症高齢者				

介護手当は、申請者の次の口座に振り込んで下さい。

金融機関コード	店番コード	口座 確認 印	金融機関 口座確認印
金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店		
預金の種類	普通・当座・貯蓄		
口座番号	ふりがな 名義人		

所得状況調査の同意

介護手当の支給決定に必要なときは、私の前年中の所得状況について、富山市長が調査することに同意します。

申請者（介護者）	氏名	印
重度心身障害者等（被介護者）	氏名	印
同居家族	氏名	印
同居家族	氏名	印
同居家族	氏名	印
同居家族	氏名	印
同居家族	氏名	印

長寿福祉課

（裏面も記入して下さい）

証 明 書

(ねたきり高齢者用)

重度心身障害者等の現在の状態 (該当する□に○をつけてください。)

項 目	自 分 で 可	一 部 介 護	全 介 護
ア 歩 行	<input type="checkbox"/> 杖等を使用し、かつ時間がかかっても自分で歩ける	<input type="checkbox"/> 付き添いが手や肩を貸せば歩ける	<input type="checkbox"/> 歩行不可能 (ねたきり)
イ 排 泄	<input type="checkbox"/> 自分で昼夜とも、便所 でできる <input type="checkbox"/> 自分で昼は便所、夜は 簡易便器を使ってできる	<input type="checkbox"/> 介助があれば、簡易便器 でできる <input type="checkbox"/> 夜間は、おむつを使用 する	<input type="checkbox"/> 常時おむつを使用して いる
ウ 食 事	<input type="checkbox"/> スプーン等を使用すれば 自分で食事ができる	<input type="checkbox"/> スプーン等を使用し一部 介助すれば食事ができる	<input type="checkbox"/> 臥床のままで、食べさせ なければ、食事ができない
エ 入 浴	<input type="checkbox"/> 自分で入浴でき、洗える	<input type="checkbox"/> 自分で入浴できるが、洗 うときだけ介助を要する <input type="checkbox"/> 浴槽の出入りに介助を 要する	<input type="checkbox"/> 自分でできないので、全 て介助しなければならない <input type="checkbox"/> 特殊浴槽を利用している <input type="checkbox"/> 清拭をおこなっている
オ 着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自分で着脱ができる	<input type="checkbox"/> 手を貸せば着脱できる	<input type="checkbox"/> 自分でできないので、全 て介助しなければならない

常時介護を必要とする状態になった時期				年	月	日
現	①入院	月	日から	病院	要介護 認 定 要支援・要介護1・要介護2 要介護3・要介護4・要介護5	
状	②入所	月	日から	施設		
					③在宅	

証 明 欄	上記の通り相違ないことを証明します。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 職名 地域包括支援センター 民生委員・身体障害者相談員 住所 氏名 印 </div>
-------------	--