

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)

記載例

令和4年 4月 1日

(あて先) 富山市長

申請者 (介護者)	住 所	富山市 新桜町7番38号		電話	443-2062
	ふりがな 氏 名	とやま たろう 富山 太郎			
	生年月日	昭和10年 8月 10日	被介護者 との続柄	夫	

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 新桜町7番38号		電話	443-2062
	ふりがな 氏 名	とやま はなこ 富山 花子			
	生年月日	昭和15年 7月 11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 <input checked="" type="radio"/> 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	北陸銀行 金庫・農協 富山市役所 本店・支店		
預金の種類	普通・当座・貯蓄		
口座番号	1111111 ふりがな 名義人 とやま たろう 富山 太郎		

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 富山 太郎	印
重度心身障害者等 (被介護者)	氏名 富山 花子	印
同居家族	氏名 富山 奈々子	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

署名 (自署) の場合押印不要

署名 (自署) 以外の場合押印必要

利用者と同居家族全員の署名をお願いします。難しい場合は、記名・押印でも構いません。

長寿福祉課

(以下下さい)


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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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、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 checked="" 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 checked="" 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	令和3年 8月 8日								
現 状	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">①入院 月 日から 病院</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 在宅</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">要介護 認 定</td> <td style="width: 50%;">要支援・要介護1・要介護2 要介護3・要介護4・要介護5</td> </tr> <tr> <td>②入所 月 日から 施設</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	①入院 月 日から 病院	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅	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	②入所 月 日から 施設			
①入院 月 日から 病院	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅	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						
②入所 月 日から 施設									

証 明 欄	<p>上記の通り相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和4年 4月 1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</p> <p style="text-align: center;">住所 富山市総曲輪1番1号 すこやか地域包括支援センター</p> <p style="text-align: center;">氏名 福祉 花子</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>
-------------	---