

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 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

(下さい)

証 明 書

(認知症高齢者用)

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	軽度	中度	重度
記憶障害	<input type="checkbox"/> 物忘れ、置忘れが目立つ	<input checked="" type="checkbox"/> 最近の出来事が分からない	<input type="checkbox"/> 自分の名前が分からない <input type="checkbox"/> 寸前のことも忘れる
失見当	<input checked="" type="checkbox"/> 異なった環境に置かれると一時的にどこにいるのか分からなくなる	<input type="checkbox"/> ときどき自分の部屋がどこにあるのか分からない	<input type="checkbox"/> 自分の部屋が分からない

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	軽度	中度	重度
ア 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 攻撃的な言動を吐く	<input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行う	<input checked="" type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう
イ 自傷行為	<input checked="" type="checkbox"/> 自分の衣服を裂く、破く	<input type="checkbox"/> 自分の身体を傷つける	<input type="checkbox"/> 自殺を図る
ウ 火の扱い	<input type="checkbox"/> 火の不始末をすることがある	<input type="checkbox"/> 火の不始末がときどきある	<input type="checkbox"/> 火を常にもてあそぶ
エ 徘徊	<input type="checkbox"/> ときどき部屋内でうろろうろする	<input checked="" type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩きまわる	<input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく歩きまわる
オ 不穏興奮	<input checked="" type="checkbox"/> ときには興奮し騒ぎたてる	<input type="checkbox"/> しばしば興奮し騒ぎたてる	<input type="checkbox"/> いつも興奮している
カ 不潔行為	<input type="checkbox"/> 衣服等を汚す	<input checked="" type="checkbox"/> 場所をかまわず放尿、排便をする	<input type="checkbox"/> 糞尿をもてあそぶ
キ 失禁	<input type="checkbox"/> 誘導すれば自分でトイレに行く	<input checked="" type="checkbox"/> ときどき失禁する	<input type="checkbox"/> 常に失禁する

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	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		

証 明 欄	上記の通り相違ないことを証明します。
	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
	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
	氏名 福祉 花子
	印