

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	富山 都道府県・市 第 1111号	障害名 等 級	肢体不自由 1種 2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	111111	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

(身体障害者用)

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 checked="" 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 checked="" 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 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
カ 臥 床	<input type="checkbox"/> ほとんど床についていない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々床から離れる	<input type="checkbox"/> 常時床についている
キ 寝 返 り	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input checked="" type="checkbox"/> 全くできない
ク 座 位	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 起こせば座っていることができる	<input type="checkbox"/> 全くできない

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	①入院 月 日から 病院 ②入所 月 日から 施設	<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

証 明 欄	上記の通り相違ないことを証明します。 <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 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</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input type="checkbox"/> 印 </div>
-------	--