

<記入例 1枚目>

窓口に提出する日を記入してください。(翌月から支給対象となります。)

様式第1号(第4条関係)

令和 7 年 3 月 1 日

坂出市長 殿

申請者
(介護者)

住所 坂出市室町二丁目3-5

氏名 坂出 はな子 ※

電話 0877-44-5090

対象者との続柄 (妻)

※署名(氏名を自署)できない場合は、記名押印が必要です。

坂出市在宅ねたきり高齢者・障害者介護慰労金支給申請書

坂出市在宅ねたきり高齢者・障害者介護慰労金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

記

対象者の状況	ふりがな	さかいで たろう		生年月日	昭和10年 4月 1日		
	氏名	坂出 太郎					
	住 所	坂出市 室町二丁目3-5		電話	44-5090		
	本人の状況	☒ ねたきり高齢者 ☐ 認知症高齢者 ☐ 重度身体障害者 ☐ 重度知的障害者 ※日常生活能力判定点数(点) ※記入しない					
	要介護認定	要介護4		いつから:	R6年 10月 1日		
	障害の状況	身体障害者手帳 種 級 第 号		療育手帳 (A・A)			
主な傷病名	高血圧、糖尿病、大腿骨頸部骨折						
	最近の入院歴	入院先	坂出市立病院		入院日	R7.1.15	
	病名	糖尿病		退院日	R7.2.20		
家族状況	同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先等	電話	備考
		坂出 はな子	妻	S12.9.1			
		坂出 一郎	長男	S40.11.3	(株)●●●●	090-1234-9999	
		坂出 良子	長男の妻	S45.6.5	▲▲工業	090-0000-8888	
介護者	氏名	坂出 はな子		対象者との続柄	妻		
				同居の有無	(同居) 別居		
	住 所	坂出市室町二丁目3-5		電話	090-0000-0000		

申請者は、介護をしているかたです。
※署名(氏名を自署)できない場合は、記名押印が必要です。

身体障害者手帳等を持っているかたは必ず記入してください。

入院中(施設入所中)は受け付けできません。退院日(退所日)以降に申請書を提出してください。

別世帯でも、同じ住所地に居住しているかたは記入してください。

主に介護をしているかたを記入してください。

裏面へつづく⇒

<記入例 2枚目>

介護 状 況 等	・ねたきり等の状態は、いつから (R6 年 10月頃から：継続期間 年 5 か月)								
	・申請者が介護をしているのは、いつから (R6 年 10月頃から：継続期間 年 5 か月)								
	・申請者が、1日のうちで対象者の介護に要する時間 (約 12 時間：備考 食事介助、排泄介助)								
	・申請者が、1月のうちで対象者の介護に要する日数 (約 31 日：備考)								
	・介護状況（どちらか○をつける） 1 ほとんど申請者が介護している 2 補助的な介護者がいる (氏名： 坂出 良子 続柄： 長男の妻)								
※介護者の口座を記入して下さい。									
振 込 口 座	金融機関名	介護 <u>銀行</u> <u>農協</u>		坂出 <u>支店</u> <u>支所</u>					
	預金種目	☒ 1. 普通 ☐ 2. 当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6					
	口座名義	(カタカナ) サカイデ ハナコ							
証 明 書 対象者は、在宅でねたきり等の理由により介護が必要な状態にあり、その介護者（申請者）は、対象者と同居※し介護していることを証明します。 ※別居し、1日のうち半日以上、常時（1月のうち20日以上）介護している場合は同居とみなす。 <table><tr><td>☐ ねたきり高齢者</td><td>☐ 認知症高齢者</td></tr><tr><td>☐ 重度身体障害者</td><td>☐ 重度知的障害者</td></tr></table> 地区民生児童委員 _____						☐ ねたきり高齢者	☐ 認知症高齢者	☐ 重度身体障害者	☐ 重度知的障害者
☐ ねたきり高齢者	☐ 認知症高齢者								
☐ 重度身体障害者	☐ 重度知的障害者								

介護をしているかたの
口座を記入してください。

地区の担当民生児童委員に
証明をもらってください。