

年 月 日

坂出市長 殿

申請者
(介護者)

住所

氏名

※

電話

—

対象者との続柄

()

※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					生年月日	年 月 日		
	氏 名								
	住 所	坂出市				電話			
	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）				※記入しないで下さい。			
	要介護認定	要介護 4 ・ 要介護 5 （いつから： 年 月 日）				No.			
	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									
最近の入院歴	入院先					入院日			
	病 名					退院日			
家庭状況	同居家族	氏 名	続柄	生年月日	勤務先等	電話	備考		
介 護 者	氏 名					対象者との続柄			
						同居の有無	同居・別居		
	住 所					電話			

介 護 状 況 等	・ねたきり等の状態は、いつから (年 月頃から：継続期間 年 か月)
	・申請者が介護をしているのは、いつから (年 月頃から：継続期間 年 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 時間：備考)
	・申請者が、1月のうちで対象者の介護に要する日数 (約 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： 続柄：)

※介護者の口座を記入して下さい。

振 込 口 座	金融機関名	銀行 農協		支店 支所							
	預金種目	☐ 1. 普通 ☐ 2. 当座	口座番号								
	口座名義	(カタカナ)									

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。

☐ 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

地区民生児童委員
