

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	-----		生年月日	年 月 日		
	住所	坂出市			電話	-----	
	本人の状況	<input type="checkbox"/> ねたきり高齢者		<input type="checkbox"/> 認知症高齢者		-----	
		<input type="checkbox"/> 重度身体障害者		<input type="checkbox"/> 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	電話	勤務先等	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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) <ul style="list-style-type: none"> 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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> ねたきり高齢者	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者
<input type="checkbox"/> 重度身体障害者	<input type="checkbox"/> 重度知的障害者

地区民生児童委員
