

記入例

様式第1号

(表)

所沢市ねたきり老人等介護者手当支給申請書

申請日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)所沢市長

介護している人の住所・氏名等を記入

申請者(介護者)

住所 所沢市 並木1-1-1

氏名 所沢 花子 印

ねたきり老人との続柄(妻)

電話 04-2998-9120

ねたきり老人等介護者手当の支給を受けたいので、所沢市ねたきり老人等介護者手当支給要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

□ ねたきり老人等の状況

○住所 所沢市 並木1-1-1

○氏名 所沢 太郎

○生年月日 昭和2年2月14日(89歳)

○ねたきりとなった期間 2年6か月(平成25年10月頃から)

○要介護状態区分等(要介護5)

○認定年月日 平成27年4月10日

○認定の有効期間 平成27年4月1日~平成29年3月31日

○別紙に、受給対象期間の各月を記入してください。

○記入した月における病院や介護保険施設等への入院入所等の有無(該当する番号に○をつけてください。)

1 有 2 無

有の場合は、別紙に利用病院・利用施設名、利用日数をすべて記入してください。

○記入した月における介護保険施設等へのショートステイ利用の有無(該当する番号に○をつけてください。)

1 有 2 無

有の場合は、別紙に利用施設名・利用日数をすべて記入してください。

※裏面に介護者名義の口座を記入してください。

① 要介護4か5であることが必要です。

② 申請月直近の介護保険被保険者証を確認の上記入

別紙に、申請した日の属する月の前月からさかのぼった12か月のうち、自宅で介護した6か月継続する期間(ショートステイ・入院・施設入所が1ヶ月7日以内)を記入【〇月~〇月】

※ 以下は記入しないでください

Table with 4 columns: (何い)次のおり決定してよろしいか可・否, 課長, リーダー, 担当, 収入印, 前回申請時受給対象期間, 住民基本台帳, 入院等, 申請書記載住所居住者からの他の申請, 確認日, 決定日, 支払日

(裏)

□ 介護者名義の口座

介護者の口座が昨年と変わらない場合は、確認欄にレ点をご記入ください。
この場合、口座の記入は不要です。

確認欄

金融機関名	〇〇〇銀行・金庫 〇〇〇本店・支店 農協 出張所										
預種金目	普通	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
口座名義人	カナ	ト	コ	ロ	サ	、	ワ		ハ	ナ	コ
	漢字	所沢 花子									

※申請書提出時に、ねたきり老人の方の介護保険証のコピーを添付してください。

介護保険証（要介護4か5）
をお持ちください。
郵送の場合は、介護保険証のコピーを添付してください。

別紙

○受給対象期間の各月を記入していただき、入院をした病院名・ショートステイの施設名・介護保険施設等、利用日数をすべてご記入ください。

受給対象期間の各月	利用病院・利用施設名等		利用日数	月別合計
<u>平成27年10月</u>	ショートステイ	〇〇〇〇〇	2泊 3日	6泊 8日
	入院	所沢病院	4泊 5日	
	施設入所		泊 日	
<u>平成27年11月</u>	ショートステイ	〇〇〇〇〇	2泊 3日	2泊 3日
	入院		泊 日	
	施設入所		泊 日	
<u>平成27年12月</u>	ショートステイ	〇〇〇〇〇	2泊 3日	2泊 3日
	入院		泊 日	
	施設入所		泊 日	
<u>平成28年 1月</u>	ショートステイ		泊 日	泊 日
	入院		泊 日	
	施設入所		泊 日	
<u>平成28年 2月</u>	ショートステイ	〇〇〇〇〇	1泊 2日	1泊 2日
	入院		泊 日	
	施設入所		泊 日	
<u>平成28年 3月</u>	ショートステイ		泊 日	5泊 6日
	入院		泊 日	
	施設入所	グループホーム〇〇〇	5泊 6日	
<u>6か月</u>	合 計			16泊 22日

上記は、平成28年4月中に申請した場合の記入例です。

- ① 「受給対象期間の各月」欄は、申請した日の属する月の前月からさかのぼった12か月のうち、要介護4か5の高齢者を、同居で在宅介護をしている（ショートステイ・入院・施設入所の合計が1ヶ月に7日以内である）事実が継続している6か月間をご記入ください。
- ② ショートステイ・入院・施設入所等該当がない場合でも「受給対象期間の各月」欄をご記入ください。
- ③ 継続の人は前回の「受給対象期間の各月」とが重複しないようにご留意をお願いします。
- ④ ショートステイ・入院・施設入所等該当がありましたら具体的な施設名等や利用日数・月別合計等をご記入ください。