

鹿兒島市老人介護手当支給申請書

年 月 日

鹿兒島市長 殿

鹿兒島市老人介護手当の支給を受けたいので申請します。

また、鹿兒島市において私が介護するねたきり老人等に係る介護保険に関して必要な事項を調査することについて同意します。

介護者	氏名	(署名又は記名押印)	生年月日	年 月 日
	住所	鹿兒島市	電 話	()
老ね人た等きり	氏名	(署名又は記名押印)	生年月日	年 月 日
	住所	鹿兒島市	電 話	()
世帯状況	氏 名	ねたきり老人等との続柄	年 齢	備 考
ねたきり老人等になった時期		年 月 頃		
ねたきり老人等になった原因				
要介護状態の程度		要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
おむつの使用		有 ・ 無		
前年度の介護手当の受給の有無		有 ・ 無		

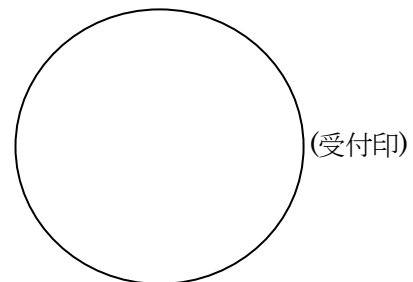
※下欄に民生委員又は地域包括支援センター職員の状況確認が必要です。

民生委員又は地域包括支援センター職員の状況確認	上記介護者がねたきり老人等を資格認定日(8月1日・2月1日)以前6月の期間において、在宅で介護していることを確認します。 民生委員 地域包括支援センター職員 印
-------------------------	---

手 当 振 込 金 融 機 関 名	銀 行		支 店
口 座 番 号	名義人(介護者名)		

※口座確認のために預金通帳をお持ちください。

※市役所記入	老人宛名 No.	
	介護者宛名 No.	
	金融機関コード	
	支店コード	
	介護コード	
	手当コード	
	要介護度	



(注1) ねたきり状態等の状況確認については、原則、民生委員の状況確認とします。

また、民生委員と連絡が取れないなど特別な事情のある場合に限り、地域包括支援センターの職員が状況確認をいたします。

(注2) 資格認定日以前6月の期間において、在宅でない期間(入院・ショートステイ等)の日数が31日を超える場合は、支給対象となりません。