

鹿 児 島 市 老 人 介 護 手 当 支 給 申 請 書

年 月 日

鹿 児 島 市 長 殿

鹿 児 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 児 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 お け る 要 介 護 認 定 及 び サ ー ビ ス の 受 給 状 況 並 び に 入 院 履 歴 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 児 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 児 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		

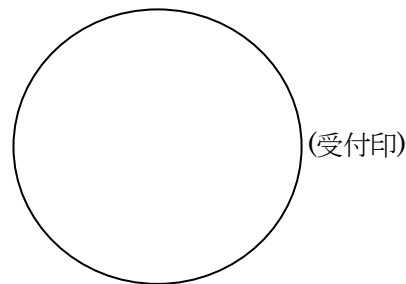
※下欄に民生委員又は地域包括支援センター職員の状況確認が必要です。

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。