在宅ねたきり老人等介護手当金申請書

令和　　年　　月　　日

（宛　先）金　沢　市　長

介護者の方の住所、氏名をご記入ください。

住　　所

申請者
（介護者）

氏　　名

電話番号　　（　　）

介護者の方がご記入ください。

在宅ねたきり老人等介護手当金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

介護を受けている高齢者	住　　所	金沢市	
	ふりがな		
	氏　　名		
	生　年　月　日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日	
	病院・施設等の入・退院（所）状況 ※　申請日直近6ヶ月間について記入してください。	施　　設　　名	期　　間
			年　月　日～　年　月　日
			年　月　日～　年　月　日
			年　月　日～　年　月　日
			年　月　日～　年　月　日
	状　　態	ねたきり	重度の認知症
	要　介　護　度	要介護4　・　要介護5	**要介護3★**　・　要介護4　・　要介護5 **（右欄★に必ず記入してください。）**
介　護　者	ふりがな		被介護者との続柄
	氏　　名		
	生　年　月　日	明治　・　大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日	
	就 労 状 態 ※　該当個所に〇を付けて下さい。	1.　会社等に勤務している。　（パート等を含む。） （　週に　　日間、　　時　～　　時まで勤務している。） 2.　農業　・　自営業　である。 3.　無職である。	
	介 護 状 況 ※　該当個所に〇を付けて下さい。	1.　常時　　2.　昼のみ　　3.　夜のみ 4.　その他　＊特記事項があれば、記入してください。 （　　）	
	常時介護開始日	年　　月　　日	

同　意　書

在宅ねたきり老人等介護手当金の支給認定のために、金沢市が当該高齢者の介護保険における要介護認定、及びサービス受給状況を調査することに同意します。

被介護者	住　所 金沢市	氏　名 （署名又は記名押印）
介護者	住　所 金沢市	氏　名 （署名又は記名押印）

介護者の方がご記入ください。

★介護を受けている高齢者の日常状態申告書

重度の認知症で、“　要介護３　”の方のみご記入下さい。

実態調査にお伺いする場合があります。

【　参考　】

日常生活に支障を来す、下記のような症状・行動や意志の疎通の困難さが見られ、常に介護を必要とする場合、重度の認知症と思われます。

・着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。
　やたらに物を口に入れる。物を拾い集める。
　徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為等

また、下記のような著しい精神症状や問題行動、あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門治療を必要とする場合も重度の認知症と思われます。

・せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や
　精神症状に起因する問題行動が継続している状態

民生委員の方に記入していただいてください。

民生委員確認欄

介護手当金申請について、上記のとおりであることを確認しました。

地区

民生委員氏名

令和　　年　　月　　日

（署名又は記名押印）