

在宅高齢者介護支援手当認定申請書

年 月 日

(あて先) 吉川市長

申請者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話 _____

在宅高齢者介護支援手当の受給資格の認定を関係書類を添えて申請します。

支給対象者	氏名 住所	生年月日 年 月 日 (歳)
現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅でねている (かかりつけの医師) <input type="checkbox"/> 入院している (病院名) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
臥床期間 及び原因	(臥床の始期 年 月 日頃から) 月 (臥床の原因、病名)	
臥床の状況	<input type="checkbox"/> ベッド上での生活が主体で、介助により移動し食事、排泄は、ベッドから離れて行っている。 <input type="checkbox"/> ベッド上での生活が主体で、介助により車いすに移乗し、食事、排泄は、ベッドから離れて行っている。 <input type="checkbox"/> 1日中ベッド上での生活で、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力で寝返りをうてる。 <input type="checkbox"/> 1日中ベッド上での生活で、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力で寝返りをうてない。 <input type="checkbox"/> その他常時臥床又は問題行動等の著しい痴呆状態 具体的に記入	
世帯員の所得税 課税の有無	世帯員の所得税の課税 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
受給者	氏名 住所	続柄

各項目の該当する□内にレ印を付けてください。