

(様式第1号)

浅口市社会福祉協議会 介護手当支給申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人浅口市社会福祉協議会
会 長 山 下 隆 志 殿

申 請 者 住 所 浅口市
(介 護 者) 氏 名
連 絡 先 (電 話 番 号) 番 地 ㊟

浅口市社会福祉協議会介護者手当支給要綱6条の規定により、介護手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	氏 名	対象分類
	男・女	<input type="checkbox"/> 要介護認定者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護認定に準ずる者
対象者の要介護度又は障がいの等級		

対象期間内の入院入所等の期間	入院・入所先施設名
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
(備考)	

※ 支給は、暦月で1ヶ月に2/3以上の在宅での介護をされていることが必要になります。

振込先記入欄

金融機関名	支店	預金種類
	店	普通・当座・その他 ()
口座番号	名義 (ふりがな)	
	()	

..... 以下社協記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 介護保険証又は要介護認定結果通知書の写し <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 市民税課税調査同意書 <input type="checkbox"/> 日常生活動作状況票 (要介護認定4または5を受けていない場合に必要) <input type="checkbox"/> 要介護度確認同意書
------	---

(様式第4号)

日常生活動作状況票

(ふりがな) 対象者氏名		対 象 分 類
	(男 ・ 女)	<input type="checkbox"/> 要介護認定者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護認定に準ずる者

大項目	小項目	重度	中等度	軽度
身体機能・起居動作	床上動作	<input type="checkbox"/> 一日中ベッドで過ごし寝返りも困難	<input type="checkbox"/> 日中、ベッド主体だが座位は保てる	<input type="checkbox"/> 日中起きているが外出時に介助要
	歩 行	<input type="checkbox"/> 歩けない	<input type="checkbox"/> 伝い歩き、介助者の介添えにより歩ける	<input type="checkbox"/> 杖等の使用により自力で歩ける
	洗 身	<input type="checkbox"/> 全てに介助要	<input type="checkbox"/> 部分介助や指示等により洗身できる	<input type="checkbox"/> 時間を要するが自力で洗身できる
	視 力	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 眼前は見える	<input type="checkbox"/> 1 m先程が見える
	聴 力	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる
生活機能	食 事	<input type="checkbox"/> 全てに介助要	<input type="checkbox"/> 部分介助や指示等により摂取可能	<input type="checkbox"/> スプーンや自助具で自力摂取可能
	排 泄	<input type="checkbox"/> 全てに介助要	<input type="checkbox"/> 部分介助(トイレ後始末等含め)で可能	<input type="checkbox"/> 時間を要するが自力でトイレで可能
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 全てに介助要	<input type="checkbox"/> 部分介助や指示等により着脱可能	<input type="checkbox"/> 時間を要するが自力で着脱可能
認知機能	記憶障がい	<input type="checkbox"/> 家族の名前も分からない。臥床しがち、援助で生命維持可能	<input type="checkbox"/> 最近の出来事が分からない。買物、お金の管理が難しい	<input type="checkbox"/> 物忘れ目立つ、尋ねること多い。やっと自立生活可能
	失見当	<input type="checkbox"/> 自分と周囲の人との関係不確か、違った認識の仕方など示す	<input type="checkbox"/> トイレが分からない自宅でも「家に帰る」等場所の認識不確か	<input type="checkbox"/> 今の季節や年月日など時間の認識不確か
	徘徊	<input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく歩きまわる	<input type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩きまわる	<input type="checkbox"/> 時々部屋内でうろろする
行動障がい	不穏興奮	<input type="checkbox"/> いつも興奮している	<input type="checkbox"/> しばしば興奮し騒ぐ	<input type="checkbox"/> 時々興奮し騒ぐ
	不潔行為	<input type="checkbox"/> 糞尿をもてあそぶ	<input type="checkbox"/> 場所構わず放尿する	<input type="checkbox"/> 衣類等を汚す
	自傷行為	<input type="checkbox"/> 自殺を図る	<input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 自分の衣類を裂く

上記について相違ないことを証明します。

印

(様式第6号)

課 税 調 査 同 意 書

私は、浅口市社会福祉協議会の「介護手当支給」を受けるため申請いたしました。

つきましては、支給の可否を受けるにあたり、世帯の最新の市民税の課税状況について、調査することに同意いたします。

平成 年 月 日

浅口市長 栗山康彦 殿

申請者

住所 浅口市 _____

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(様式第7号)

要 介 護 度 確 認 同 意 書

浅口市社会福祉協議会の「介護手当支給」を受けるため、下記の件について確認することに同意いたします。

平成 年 月 日

浅口市長 栗山康彦 殿

○確認事項

平成 年 月から平成 年 月までの要介護状態区分

住所 _____

氏名 (被保険者) _____ 印