

(様式第1号)

浅口市社会福祉協議会 介護手当支給申請書

令和 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"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者
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・精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 日常生活動作状況票 (※障がい者手帳所持の方のみ) <input type="checkbox"/> 市民税課税調査同意書 <input type="checkbox"/> 要介護度確認同意書
------	---

日常生活動作状況票（重度身体障がい者用）

ふりがな		(手帳の等級) ※○をしてください
対象者氏名		1級 ・ 2級

項目	1 自分で可	2 一部介助	3 全介助
歩行	<input type="checkbox"/> 時間がかかっても、杖や車いすなどを使って自分で歩行（移動）できる	<input type="checkbox"/> 手や肩を借りると歩ける	<input type="checkbox"/> できるだけ手をかりて歩こうとするが、歩行は不可能 <input type="checkbox"/> 車いすに乗せての移動に介助が必要
排泄	<input type="checkbox"/> 自分で昼夜ともトイレでできる <input type="checkbox"/> 昼はトイレで、夜はポータブルトイレを使って自分でできる	<input type="checkbox"/> 昼、夜とも手や肩を借りるとポータブルトイレでできる	<input type="checkbox"/> できるだけポータブルトイレできるように努めているが、漏らすことがあり、やむを得ず常時おむつを使っている <input type="checkbox"/> 寝床を離れることができないので、やむを得ず常時おむつを使っている
食事	<input type="checkbox"/> 寝床を離れて自分で食事ができる	<input type="checkbox"/> 寝床を離れて、また座ったままで、介助してもらって食事ができる	<input type="checkbox"/> 自分では食事ができないので、すべて介助が必要
入浴	<input type="checkbox"/> 時間がかかっても自分で入浴できる	<input type="checkbox"/> 自分で入浴しているが、洗う時や浴槽の出入りには介助が必要	<input type="checkbox"/> 自分ではできないので、入浴はすべて介助が必要
着脱衣	<input type="checkbox"/> 時間がかかっても自分で着脱できる	<input type="checkbox"/> 手を貸すと着脱できる	<input type="checkbox"/> 自分では着脱ができないので、すべて介助が必要

上記対象者の状態について、記載の内容に相違ないことを証明します。

証明者欄	病院・事業所名	
	職 種	電話 () -
	証明者氏名	㊟

※証明が可能な職種は、以下のいずれかの方になります。

医師・介護支援専門員・相談支援専門員・保健師・医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士

日常生活動作状況票（重度知的障がい者用）

ふりがな		(療育手帳の等級) ※○をしてください
対象者氏名		A ・ B

項目	自立 (0点)	一部介助 (1点)	全介助 (2点)
食事	<input type="checkbox"/> 一人で外食できる <input type="checkbox"/> 食卓の大皿から適量を取って食べることができる	<input type="checkbox"/> 箸を使ってどうにかこぼさずに食べることができる	<input type="checkbox"/> スプーンを使えば食べることができる <input type="checkbox"/> 箸を使ってこぼしながらでも食べることができる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
洗面	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 必要に応じて一人でできる	<input type="checkbox"/> 歯をみがくことができる	<input type="checkbox"/> 手は洗える <input type="checkbox"/> 顔は洗える <input type="checkbox"/> 自分ではできない
排泄	<input type="checkbox"/> 便器やその周辺をきれいに使える <input type="checkbox"/> 外出時、知らない所でもトイレを探して用を足すことができる <input type="checkbox"/> 生理の後始末ができる (女子)	<input type="checkbox"/> 排便が一人でできる (後始末まできちんとする) <input type="checkbox"/> 生理の後始末を指示すればできる (女子)	<input type="checkbox"/> 時間を決めてトイレに行けば用を足せる <input type="checkbox"/> 大小便を予告する <input type="checkbox"/> 排尿を一人でする <input type="checkbox"/> 排便の後始末が不十分ながらできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
着脱衣	<input type="checkbox"/> 寒暖に応じて服装を調整できる <input type="checkbox"/> 場所に応じた服装をすることができる	<input type="checkbox"/> ボタンがかけられる <input type="checkbox"/> ファスナーをかみ合わせて引き上げることができる <input type="checkbox"/> 普段着る服の前後裏表を間違わずに着ることができる	<input type="checkbox"/> セーターなどの簡単な服なら脱げる <input type="checkbox"/> セーターなどの簡単な服なら着られる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入浴できる <input type="checkbox"/> 洗髪できる <input type="checkbox"/> 背中が洗える	<input type="checkbox"/> 体の手の届くところは洗える	<input type="checkbox"/> 手や顔なら洗える <input type="checkbox"/> 自分ではできない
危険	<input type="checkbox"/> 刃物・火の危険が分かる	<input type="checkbox"/> 刃物・火の危険が少しは分かる	<input type="checkbox"/> 刃物・火の危険が分からない
	<input type="checkbox"/> 屋外での危険 (交通事故など) から身を守ることができる	<input type="checkbox"/> 屋外での危険 (交通事故など) から不十分ながら身を守ることができる	<input type="checkbox"/> 屋外での危険 (交通事故など) から身を守ることができない
会話	<input type="checkbox"/> 家族と日常会話ができる <input type="checkbox"/> 家族以外のものと日常会話ができる	<input type="checkbox"/> 家族と簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 家族以外のものと簡単な会話ができる	<input type="checkbox"/> 家族に通じない <input type="checkbox"/> 家族以外のものに通じない

上記対象者の状態について、記載の内容に相違ないことを証明します。

証明者欄	病院・事業所名	
	職 種	電話 () -
	証明者氏名	⑩

※証明が可能な職種は、以下のいずれかの方になります。

医師・介護支援専門員・相談支援専門員・保健師・医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士

日常生活動作状況票（重度精神障がい者用）

ふりがな		(手帳の等級) ※○をしてください
対象者氏名		1 級 ・ 2 級

項 目	自立 (0点)	一部介助 (1点)	全介助 (2点)
適切な食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助、見守り等なしに自分で食事ができている	<input type="checkbox"/> 食事をするように促すなど、声かけ・見守りが必要	<input type="checkbox"/> 自分では全く摂取できない
身近の清潔保持	<input type="checkbox"/> はみがき・洗顔・整髪・爪切りなどを自分で行える	<input type="checkbox"/> 常時の見守りや確認、強い促しが必要	<input type="checkbox"/> 強い助言や指導をしても行わない
金銭管理と買い物	<input type="checkbox"/> 自分の所持金（通帳や小銭）の入出金の管理や買い物を自分で行える	<input type="checkbox"/> 金銭の管理や商品の選定に助言や指導が必要	<input type="checkbox"/> 金銭の管理ができない
通院と服薬	<input type="checkbox"/> 定期的に通院し、薬を飲む時間や飲む量を理解し、自分で服用できる	<input type="checkbox"/> 通院や薬を飲む量の指示や確認が必要	<input type="checkbox"/> 通院や薬を飲む時間や飲む量を理解していない
他人との意思伝達・対人関係	<input type="checkbox"/> 誰にでも意思の伝達ができる	<input type="checkbox"/> 特定の人に対してであれば、意思の伝達ができる	<input type="checkbox"/> 意思の伝達ができない
身近の安全保持・危機対応	<input type="checkbox"/> 刃物・火の危険が分かり屋外での危険（交通事故など）から身を守ることができる	<input type="checkbox"/> 刃物・火の危険が少しは分かり、屋外での危険（交通事故など）から不十分ながら身を守ることができる	<input type="checkbox"/> 刃物・火の危険が分からず屋外での危険（交通事故など）から身を守ることができない
社会的手続きや公共施設の利用	<input type="checkbox"/> 社会的手続きや公共施設の利用が1人でできる	<input type="checkbox"/> 社会的手続きや公共施設の利用が声掛けや部分的な介助があればできる	<input type="checkbox"/> 社会的手続きや公共施設の利用が1人ではできない
趣味・娯楽への関心 文化的社会的活動への参加	<input type="checkbox"/> 自分で意思決定ができ、行事等への参加ができる	<input type="checkbox"/> 声かけ等があれば、行事等への参加ができる	<input type="checkbox"/> 他者と交流することを拒み、行事等へ参加できない

上記対象者の状態について、記載の内容に相違ないことを証明します。

証明者欄	病院・事業所名	
	職 種	電話 () -
	証明者氏名	Ⓜ

※証明が可能な職種は、以下のいずれかの方になります。

医師・介護支援専門員・相談支援専門員・保健師・医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士

(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。

令和 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。

令和 年 月 日

浅口市長 栗山康彦 殿

○確認事項

令和 年 月 から 令和 年 月 までの要介護状態区分

住所 _____

氏名 (被保険者) _____ (印)