

在宅障害者等介護者手当支給申請書

美郷町長 松田 知己 様

		申請日	年 月 日		
申請者 (介護者)	住 所	美郷町		電 話	
	氏 名		生年月日	年 月 日	性別 男・女
	振込先 金融機関名	農協 銀行	支店	普通・当座 口座番号	口座名義人
在宅 障害 者 等	氏 名		生年月日	年 月 日	性別 男・女
	病状の始期		介護保険判定結果		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 起居動作が困難なため、常時臥床 <input type="checkbox"/> 食事、入浴、排便、衣類の着脱等に介護を要する。 <input type="checkbox"/> 痴ほうによる記憶障害等で介護を要する。 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> はいかい <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 幻想行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他日常生活を逸脱する等の問題行動（具体的に） _____			
	現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所（来月利用予定日数 日、今月利用日数 日） <input type="checkbox"/> 通所介護（週 日間の利用） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
調査員の所見	調査員氏名				

添付書類

- 介護認定書の写し
- 身障手帳の写し

※ 該当部分の□に✓印してください。