在宅障害者等介護者手当支給申請書

美郷町長　　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	□　起居動作が困難なため、常時臥床 □　食事、入浴、排便、衣類の着脱等に介護を要する。 □　痴ほうによる記憶障害等で介護を要する。 □　物忘れ　□　はいかい　□　失禁　□　幻想行為 □　火の不始末 □　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	□　訪問介護　□　訪問入浴　□　訪問看護 □　短期入所（来月利用予定日数　日、今月利用日数　日） □　通所介護（週　日間の利用） □　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□にレ印してください。