

記入例

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 見附市長

申請者（介護者）住所 見附市学校町2丁目13-30

申請者・口座名義人・主介護者は、同一氏名になります。
電話番号は、日中に連絡可能な番号をご記入ください。

氏名 見附 次郎

(続柄 子)

(電話 0258-61-1350)
090-0000-0000

在宅介護見舞金支給申請書

見附市在宅介護見舞金支給条例により見舞金の支給を下記のとおり申請します。

ただし、在宅介護見舞金支給審査にあたり、見附市が、介護保険法に基づく要介護認定結果、身体障害者手帳に関する台帳及び **枠内記入** の台帳について確認することに同意します。

同一氏名

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|--|-----------------|-----------------------|----|--------------------------------------|
| | フリガナ | ミツケ タロウ | | 住所 | 見附市学校町2丁目13-30 | | |
| | 氏名 | 見附 太郎 | | 生年 月日 | 大(昭)平(令)年 月 日 (歳) | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| 対象者 | 介護保険被保険者証の内容 | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | |
| | | 要介護認定区分 | 要介護 <input checked="" type="radio"/> 3・4・5 (いずれか〇で囲んでください) | | | | |
| | | 認定年月日 | 令和〇年 〇月 〇〇日 | | | | |
| | | 認定の有効期間 | 令和〇年 〇月 〇日～ 令和〇年 〇月 〇日 | | | | |
| 障害の種類及び程度※ | 身体障害 | 障害名 () 等級 (級) | | | | | |
| | 知的障害 | 療育手帳A | | | | | |
| | 手帳の交付日 | 年 月 日 | | | | | |
| 振込先金融機関 ※介護をしている方の口座 | <input checked="" type="radio"/> 銀行・信用金庫 <input type="radio"/> 農協・信用組合 <input type="radio"/> 金庫・労働金庫 <input type="radio"/> ゆうちょ銀行(通帳記号) | <input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所 | 口座名義(カタカナでお書きください) ミツケ ジロウ | 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇 | | | |

前年度において、在宅で介護していない期間があればご記入ください。

※ 入院・入所がない場合は、「なし」と記入してください。記入欄が足りない場合は、別紙に記入して添付してください。

| 状 況 | 期 間 |
|--|------------------------|
| 施設入所 <input checked="" type="radio"/> 入院 その他 () | 令和〇年 〇月 〇日～ 令和〇年 〇月 〇日 |
| <input checked="" type="radio"/> 施設入所・入院・その他 () | 令和〇年 〇月 〇日～ 令和〇年 〇月 〇日 |

「ショートステイ 月に3泊4日利用あり」「入院等なし」など記入してください

家族状況についてご記入ください。(介護を受けている本人は除いてご記入ください。)

| | | | | |
|---------|----------------------------------|-------|--|--|
| 氏 名 | 見附 次郎 | 見附 花子 | | |
| 続 柄 | 子 | 子の妻 | | |
| 主介護者に〇印 | <input checked="" type="radio"/> | | | |

つづいて裏面をご確認ください

※対象者が障害者の方のみご記入ください。

介護を受けている方の身体の状態について、該当する事項を○で囲んでください。

| 状 況 | 自分でできる | 一部介助が必要 | 全部介助が必要 |
|-----------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 移 動 | ・はう、いざる等でも自分だけで動く | ・介護者が手を添える、支える等何らかの介助が必要 | ・介護者が抱える運ぶ等しないと移動できない |
| 食 事 | ・目の前に置いてあるものが食べられる | ・手を添えてもらったり時々口へ運んでもらいながら食べる | ・口に運んでもらい食べる、あるいは経管栄養等で摂取する |
| 排 泄 | ・介助なしに自分でできる | ・身体やトイレの汚れているところを拭く等何らかの介助が必要 | ・おむつ等を利用し、すべての介助を行っている |
| 入 浴 | ・介助なしに自分でできる | ・浴槽の出入り、身体を洗ってもらう等何らかの手伝いが必要 | ・すべての介助を行っている |
| 着 替 え | ・介助なしに自分でできる | ・ボタンをかける、ズボンを挙げる等何らかの介助が必要 | ・すべての介助を行っている |
| 歯磨き・洗顔・整髪 | ・介助なしに自分でできる | ・用意をしてもらう等何らかの介助が必要 | ・すべての介助を行っている |

● 添付書類

- ・介護保険被保険者証の写し(介護保険対象者のみ)
- ・通帳の写し(金融機関名、支店名、口座名義人カナ氏名、口座番号がわかるページ)

● 確認事項

- ・4月1日(基準日)前1年以上見附市に住所のある方が対象
(前年の4月2日以降に転入された方は、今年度は対象外です)
- ・前年の10月1日以前に対象となる認定を受けていること
- ・65歳以上の方は、要介護3以上の認定のない方は、対象以外です(介護保険対象者)
- ・施設入所や入院等の期間が、4月1日(基準日)前1年間のうち、6カ月未満であること
(前年の認定期間内に在宅介護日数が6カ月以上ない場合は、対象外です)
- ・申請者と口座名義人および家族状況に○印のある方は同一であること