

様式第1号

寝たきり老人等介護慰労金支給申請書(確認書)

年 月 日

八幡浜市長 様

申請者 住所 八幡浜市
(介護者)

氏名

八幡浜市寝たきり老人等介護慰労金支給要綱第5条により、寝たきり老人等介護慰労金の支給を申請します。

ね た き り 者 の 状 況	住 所	
	フリガナ	
	氏 名 (男・女)	年 月 日生 (歳)
	ねたきりの原因又は病名	ねたきりの時期 年 月頃から
	日常生活動作の状況 (1) (該当番号に○印をつけて下さい)	ねたきり度 歩 行 (1 自分で可能 2 一部介助 3 全介助) 排 泄 (1 自分で可能 2 一部介助 3 全介助) ※要介護認定 食 事 (1 自分で可能 2 一部介助 3 全介助) 1 あり (要介護) 入 浴 (1 自分で可能 2 一部介助 3 全介助) 2 なし 着脱衣 (1 自分で可能 2 一部介助 3 全介助)
	(2)	重度認知症 (1 認定基準による該当者)
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで		
介 護 者	住 所	電話 —
	フリガナ	続柄 ()
	氏 名 (男・女)	年 月 日生 (歳)
	介護の開始時期 年 月頃	同居及び同一生計の開始時期 年 月頃

決定後の払込先

金融機関名				
預 金 種 別	口座番号	フリガナ	口座名義人	

* 確認欄			
部署 (職名) _____		氏 名 _____	
* 世帯課税状況	1 市民税非課税世帯 2 市民税課税世帯	* 介護保険料の所得段階	1 第1段階 2 第2, 3段階 3 その他

受付 年 月 日	年 月 日 (決定・却下)			
番号第 号	* 支給決定額 月額 7,000円 5,000円			
調査 年 月 日	所長	補佐	係長	担当