

要介護老人介護手当受給資格認定申請書

年 月 日

いわき市長 様

住 所
フリガナ
申請者 氏 名
電話番号 ()

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください。
2 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

要介護老人	氏名				年 月 日生
	□常時ねたきりの状態 □認知症		現在のようになった時期 年 月 日		
介護状況	□一人で行っている。 □家族の協力がある。 □その他 ()				
家族の状況	氏 名	要介護老人との続柄	生 年 月 日	特記事項	
	(申請者)		・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		

預金口座振り込みを希望する場合は、次に記入してください。

名義人	口座の種類 □普通 □当座	口座番号
銀行等名		支店等名

調 査 事 項

調査を行った者の氏名

介護の 状況	<input type="checkbox"/> 一人で行っている。 <input type="checkbox"/> 家族の協力がある。 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 介護していない。	
生計の 状況	<input type="checkbox"/> 生計を同じくしている。 <input type="checkbox"/> 生計を同じくしていない。	
臥床の 状況	<input type="checkbox"/> 起居動作が困難なため常時臥床している。 <input type="checkbox"/> 日光浴等のための離床時間を除いて常時臥床している。	
日常生活の 状況	食	<input type="checkbox"/> 常時介護がなければ食事ができない。 <input type="checkbox"/> 横になるか又は物にもたれなければ食事ができない。
	入浴	<input type="checkbox"/> 入浴ができないので常時ふくのみである。 <input type="checkbox"/> 常時介護がなければ入浴できない。
	排泄	<input type="checkbox"/> 常時おむつ又は便器を使用している。 <input type="checkbox"/> 常時介護がなければ便所に行くことができない。

<input type="checkbox"/> 認 定 認定番号 第 号 支給開始 年 月						起案 ・
<input type="checkbox"/> 却 下 (理由)						決裁 ・
所長	次長	係長	係員	起案者	公印	施行 ・