

様式第 1 号(第 5 条関係)

始良市在宅高齢者介護慰労金支給申請書

年 月 日

始良市長 殿

申請者（受給資格者） 住所
氏名
電話

在宅高齢者介護慰労金の支給を受けたいので、始良市在宅高齢者介護慰労金支給要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、次の寝たきり等高齢者について、審査の際に必要な介護保険要介護認定情報などを、関係機関（指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、始良市長寿・障害福祉課）へ照会することについて同意します。

寝たきり等高齢者	氏 名		生年月日	年 月 日		
	住 所					
	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
	認 定 年 月 日	年 月 日				
	認 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日				
介護に携わっている方	氏 名	寝たきり等高齢者との続柄	年齢	住所	主たる受給資格者に○	

振込指定金融機関（介護者が複数いる場合でも、一人の口座にのみ支給します。）

金 融 機 関 名		支 店 名													
種 別	普通・当座・貯蓄	口 座 番 号													
口 座 名 義 （カ タ カ ナ）															

※市役所記入欄

認知症高齢者の日常生活自立度	認 定 調 査 票 （ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M ）
	主 治 医 意 見 書 （ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M ）

始良市在宅高齢者介護慰労金確認票

確認項目	✓
1 寝たきり等高齢者は、申請する日以前の3か月以上、市に住所を有し、かつ、居住している。	
2 寝たきり等高齢者は、申請日時点で満65歳以上である。	
3 要介護状態区分 寝たきり等高齢者は要介護4、5が3か月以上継続している。	
4 寝たきり等高齢者は、申請する日以前、3か月以上継続して在宅で生活している。	
5-1 申請する日以前の3か月間の各月において半月以上入院（入所）した月はなかった。※あった場合は5-2を確認する。	
5-2 半月以上の入院（入所）があった月日又は期間（ ） 半月以上の入院（入所）をした病院等（ ）	
6 寝たきり等高齢者は、特別障害者手当を受給しておらず、受給資格もない。	
7 寝たきり等高齢者は、福祉手当を受給しておらず、受給資格もない。	
8 申請者は、市に住所を有し寝たきり等高齢者と起居をともにし、継続して介護を3か月以上継続して行っている者である。	
9 振込口座は、受給資格者（介護者）本人の口座を記入している。	
10 現在以下の介護サービスを（利用している・利用していない）。 デイサービス / デイケア / ショートステイ / 訪問看護 訪問リハビリ / ホームヘルプ（訪問介護） / 福祉用具レンタル その他（ ）	
【市役所確認欄】 寝たきり等高齢者は、認知症高齢者の日常生活自立度が「認定調査票」、「主治医意見書」とともに、Ⅲ以上である。	

※上記項目の全てにおいて相違ありません。

受給資格者氏名

寝たきり等高齢者氏名

事業所

ケアマネジャー氏名