

(記入例)

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者住所を郵便物送付先として登録します。転居した場合等、送付先変更には届出が必要です。連絡先は、平日の日中に連絡ができる番号を記入してください。

申請者(介護者:対象者を在宅で介護している人)
住所 高松市番町一丁目8番15号
氏名 高松 太郎
(対象者との続柄 夫)
(電話 090-●●●-○○○○)

介護者

高松市在宅障害者介護見舞金支給(更新)申請書

介護見舞金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、支給に必要な範囲内で、公簿等により申請者及び対象者の住所、異動の情報、世帯の情報を確認されることを承諾します。

手帳を持っている方

Form with fields for applicant and beneficiary information, including name (高松 花子), age, address, and account details (高松市, 市役所).

新規申請又は更新で口座変更がある場合、口座情報を記入してください。

1. 在宅での介護状況(どちらかの欄に印を付けてください)

Form for care status with checkboxes for admission and accommodation, and a table for facility usage with columns for days of the week and times.

★裏面に証明を受けてください。

2. 別表（第2条関係）日常生活動作能力判定表

共通項目及び手帳の種類に応じた項目について、証明者が記入してください。
 （一部介助・全部介助は介護者が行っているものを指します。）

証 明 書			
在	<p align="center">【申請者（介護者）の方へ】</p> <p>この証明書は、申請者（介護者）及び対象者が記入することはできません。</p>		
	<p>医師又は介護支援専門員による証明を受けてください。</p>		
共通	排泄		
	着脱		
身体	食事		
	歩行		
知的・精神	入浴		
	刃物・火の危険（交通事故）		
	徘徊		

（注1）排泄及び入浴については、移動を含む。

（注2）別表（第2条関係）の証明者は、医師、介護支援専門員に限ります。

介護支援専門員の証明には最新の居宅サービス計画書第1表、第2表及び第3表（要介護認定を受けていない場合は、介護予防サービス・支援計画書）の写しの添付が必要です。

※更新の場合のみ、民生委員の証明も可とします。

◆身体障害者手帳による支給（更新）申請について

「共通」と「身体」の項目について、証明者による判定及び証明を受けてください。

※支給対象：8点以上

◆療育手帳及び精神障害保健福祉手帳による支給（更新）申請について

「共通」と「知的・精神」の項目について、証明者による判定及び証明を受けてください。

※支給対象：12点以上