

（宛先）高松市長

申請者（介護者：寝たきり高齢者等を常時介護している人）

住所 高松市 町 丁目 番 号  
番地

フリガナ

氏名 ㊟

（続柄 ）  
（電話 - ）

高松市在宅寝たきり高齢者等介護見舞金支給申請書

介護見舞金の支給を受けたいので、高松市在宅寝たきり高齢者等介護見舞金支給要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、介護見舞金の支給対象要件の確認に必要な範囲内で、要介護状態区分、介護サービスの給付状況等について、市が調査することに同意します。また、下記に掲げる各号のいずれかに該当することとなったときは、市長に届け出ることを誓約します。

|                              |                      |                      |   |          |                           |   |                   |  |  |  |  |  |
|------------------------------|----------------------|----------------------|---|----------|---------------------------|---|-------------------|--|--|--|--|--|
| 寝たきり高齢者等                     | フリガナ                 |                      |   | 生年<br>月日 | 明治・大正・昭和<br>年 月 日<br>( 歳) |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              | 氏名                   |                      |   |          |                           |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              | 介護保険<br>被保険者証<br>の内容 | 被保険者番号               |   |          |                           |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                      | 要介護状態区分              | 要介護   | 4        | ・                         | 5 | （どちらかを○で囲んでください。） |  |  |  |  |  |
| 認定年月日                        |                      | 年                    | 月   | 日        |                           |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              | 認定の有効期間              | 年                    | 月   | 日        | ～ 年 月 日                   |   |                   |  |  |  |  |  |
| 振込希望<br>金融機関<br>介護者の<br>預金通帳 | 銀行                   | 本店                   | 普通預金口座番号  |          |                           |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              | 農協<br>( )            | 支店<br>支所             | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |          |                           |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                      |                      |   |          |                           |   |                   |  |  |  |  |  |
|                              |                      | 口座名義人（カタカナでお書きください。） |   |          |                           |   |                   |  |  |  |  |  |

※市長に届出が必要となる場合は、次のとおりです。

- (1) 見舞金に係る寝たきり高齢者等が死亡したとき。
- (2) 見舞金に係る寝たきり高齢者等の要介護状態区分が要介護4又は要介護5のいずれにも該当しなくなったとき。
- (3) 介護者が寝たきり高齢者等を常時介護しなくなったとき。
- (4) 見舞金に係る寝たきり高齢者等が1か月以上医療機関に入院し、又は老人保健施設若しくは特別養護老人ホームに入所したとき。
- (5) 見舞金に係る寝たきり高齢者等が介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護を利用した日数が、その月の日数の2分の1以上となったとき。
- (6) 見舞金に係る寝たきり高齢者等又は介護者が住所を変更したとき。
- (7) 見舞金の振込口座を変更しようとするとき。

※届出が必要となる短期入所生活介護の利用日数は、次のとおりです。

|              |       |
|--------------|-------|
| 1月の日数が28日の場合 | 14日以上 |
| 1月の日数が29日の場合 | 15日以上 |
| 1月の日数が30日の場合 | 15日以上 |
| 1月の日数が31日の場合 | 16日以上 |

裏面にも必ず記入してください。

(裏)

申請年度の4月1日から現在まで、1か月以上常時介護していない期間があればご記入ください。

| 状 況             | 期 間          |
|-----------------|--------------|
| 施設入所・入院・その他 ( ) | 年 月 日～ 年 月 日 |
| 施設入所・入院・その他 ( ) | 年 月 日～ 年 月 日 |

証 明 書

申請者（介護者）は、当該寝たきり高齢者等と同居し、在宅で常時介護している者若しくは同居し、在宅で常時介護していた者又は別居し、1日のうち半日以上常時介護している者若しくは別居し、1日のうち半日以上常時介護していた者であることを証明します。

年 月 日

民生委員

介護支援専門員

地域包括支援センター職員

老人介護支援センター職員

証明者

所属

氏名

㊟

※上記証明者のうちのいずれかの証明を受けてください。