

(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

対象者	フリガナ タカマツ ハナコ 氏名 高松 花子	生年月日 (●●歳) T S H ●●年●●月●●日
	介護者と住所が異なる場合 高松市 ←介護者(申請者)と住所が異なる場合、対象者の住所を記入	
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。	☐ (更新) ←【更新のみ】口座変更がない場合 ☒ (口座情報は記入不要)	
	☒ 下記口座を希望します	
	金融機関名 高松市	銀行/金庫 組合/農協 本支店 出張所名 市役所 本店/支店 出張所
	(カタカナ) 口座名義人 タカマツ タロウ	通帳に記載されているカタカナ(名義)を記入 申請者(介護者)名義に限ります。
口座番号(右詰め)		1 2 3 4 5 6 7

1. 在宅での介護状況(どちらかの口欄に○印を付けてください)

☐ 申請日	申請日の属する年度の前年度の8月1日以降について、どちらかの□に✓をつけ、入院・入所又は通所・宿泊を伴う施設使用がある場合は、記入例を参考に詳細を記入してください。						
☒ 申請日							
入院・入所先:(●●病院)		令和●年 1月 1日~令和●年 1月 10日					
入院・入所先:(●●園)		令和●年 1月 10日~令和●年 1月 20日					
施設使用	日	月	火	水	木	金	土
デイ施設名:(□□園)	行き: : 9:00 帰宅: : 14:00	行き: : 9:00 帰宅: : 14:00	行き: : 9:00 帰宅: : 14:00	行き: : 9:00 帰宅: : 14:00	行き: : 9:00 帰宅: : 14:00	行き: : 9:00 帰宅: : 14:00	行き: : 9:00 帰宅: : 14:00
宿泊を伴う施設名:(○○園)	行き: : 9:00 帰宅: : 15:00	行き: : 9:00 帰宅: : 15:00	行き: : 9:00 帰宅: : 15:00	行き: : 9:00 帰宅: : 15:00	行き: : 9:00 帰宅: : 15:00	行き: : 9:00 帰宅: : 15:00	行き: : 9:00 帰宅: : 15:00

★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			
【申請者（介護者）の方へ】 表記の者の身体状況又は精神状況は、下記の状態でありその介護者（申請者）は、在宅で常時介護している状態をいいます。 ※介護支援専門員による証明を受けた場合は常時介護している場合は常時介護している場合でも、介護者は介護していない 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。 医師又は介護支援専門員による証明を受けてください。 （更新のみ、民生委員による証明も可能です。） ※介護支援専門員による証明を受けた場合、添付書類の提出が必要です。			
共通	衣服の着脱		
	食事		
	歩行		
身体	階段の昇降		
	入浴		
知的・精神	日常生活動作能力判定表の記載項目については、本記入例下部を御参照ください。		
	※証明者による証明日の記入が必要です。		
	※証明者の押印が必要です。		

（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