

記入例

（表）

□□年△△月○○日

（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）

一丁目8番 15号

住所 高松市 番 町

番地

フリガナ タカマツ ハナコ

氏名 高松 花子



（続柄 長女）

（電話 839 - 2346）

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	タカマツ タロウ		生年 月日	明治・大正・昭和					
	氏名	高松 太郎			□□年 △月 ○日 (☆☆歳)					
	介護保険 被保険者証 の内容	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5							
		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 金融機関 介護者の 預金通帳	銀行	高松	本店	普通預金口座番号						
	農協	高松第一	支店	0	0	1	2	3	4	5
	支所	()	支所							
	口座名義人（カタカナでお書きください。）	タカマツ ハナコ								

申請者の預金口座及び口座名義(カタカナ)を記入

- ※市長に届出が必要となる場合は、次のとおりです。
- 見舞金に係る寝たきり高齢者等が死亡したとき。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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 (ショートステイ)	□□年△△月○○日～ □□年△△月○○日

入院・施設入所等の期間を合わせて1か月以上になる場合も記入してください。
※ショートステイの場合は(表)面(7)のとおり

証


申請者(介護者)は、当該寝たきり者若しくは同居し、在宅で常時介護している者若しくは別居し、1か月以上常時介護してこなかった旨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 **番 丁 地 区**

氏名 **香 川 健 太 郎** 

※上記証明者のうちのいずれかの証明を受けてください。