

受理	令和 年 月 日	令和 年 月 日	決	課長	課長補佐	係長	係
番号	第 号	認定(支給開始 月から) 却下(理由)	裁				

ねたきり在宅者、認知症及び重度心身障害者介護手当支給申請書

令和 年 月 日

真岡市長 様

申請者 住所 真岡市

(介護者) 氏名

⑩

電話 ー

次のとおり申請します。

ね た き り 在 宅 者 等	氏名		生年 月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成	
	住所	真岡市			
	身障手帳 の有無	有・無 種 級	傷病名	発病年月日 年 月 日	
	ねたきりにな った年月日	年 月 日頃 から	認知症の状態が 表れ始めた時期	年 月 日頃から	
	臥床及び 障害の状況	<ol style="list-style-type: none"> 起居動作が困難なため常時臥床している。 日光浴等のための離床を除いて、いつも臥床している。 精神活動の低下が著しいため常時生活介護を要する。 障害の状況(具体的に記入してください。) その他(具体的に記入してください。) 			
日常生活 の状況	<ol style="list-style-type: none"> 常時他の介護がなければ、食事ができない。 横になるか又は物にもたれなければ食事ができない。 入浴ができないので、常時拭くのみである。 常時他の介護がなければ入浴ができない。 常時おむつまたは便器を使用している。 常時他の介護がなければ、便所に行くことができない。 その他(具体的に記入してください。) 				
認知症の 状態	<ol style="list-style-type: none"> 昼夜をかまわず徘徊したり、又は奇声や大声を出したりする。 所かまわず排泄や垂れ流しをする。 便をもてあそんだり、食べたりする。 外出すると無差別収集をしたり、又は家へ帰れなくなったりする。 幻覚、幻聴、妄想、そう、うつ、作話等で問題が起こる。 暴力をふるう。 食べたばかりでも食べないと主張したり、何でも口に入れてしまう。 火の恐ろしさがわからなくなったのに扱いたがる。 衣服を脱いでしまう。又は、何回も意味のない着替えをする。 自殺を企てたり、また、そのおそれがある。 その他(具体的に記入してください。) 				
介 護 者	住所	真岡市	電話番号	ー	
	氏名		職業		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	ねたきり在宅 者等との続柄		
	振込金融 機関名	銀行 支店 信用組合・信用金庫 農協 支所	口座番号		

※ 該当するところに○印をつけてください。