

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
電話

印

次のとおり申請します。

ねたきり在宅者等	氏名			生年月日	年 月 日		
	住所	真岡市					
	身障手帳の有無	有・無	傷病名	発病年月日	年 月 日		
		種 級					
	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	1.起居動作が困難なため常時臥床している。 2.日光浴等のための離床を除いて、いつも臥床している。 3.精神活動の低下が著しいため常時生活介護を要する。 4.障害の状況(具体的に記入してください。) 5.その他(具体的に記入してください。)					
	日常生活の状況	1.常時他の介護がなければ、食事ができない。 2.横になるか又は物にもたれなければ食事ができない。 3.入浴ができないので、常時拭くのみである。 4.常時他の介護がなければ入浴ができない。 5.常時おむつまたは便器を使用している。 6.常時他の介護がなければ、便所に行くことができない。 7.その他(具体的に記入してください。)					
	認知症の状態	1.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。 2.所かまわず排泄や垂れ流しをする。 3.便をもてあそんだり、食べたりする。 4.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。 5.幻覚、幻聴、妄想、そう、うつ、作話等で問題が起こる。 6.暴力をふるう。 7.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。 8.火の恐ろしさがわからなくなったのに扱いたがる。 9.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。 10.自殺を企てたり、また、そのおそれがある。 11.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	
		氏名				職業	
生年月日		年 月 日			ねたきり在宅者等との続柄		
振込金融機関名		銀行 信用組合・信用金庫 農協	支店 支所	口座番号			

※ 該当するところに○印をつけてください。