

様式第 5（第 9 条関係）

在宅ねたきり高齢者等介護人手当受給資格現況届

年 月 日

知立市長 様

下記のとおり受給資格の現況を届出します。

介 護 人	住 所 知立市		
氏 名	第 号	介護保険要介護認定	要介護
認 定 番 号	在宅ねたきり高齢者等氏名		
入院 ・ 入所 の 状況	年 月 日現在 ①入院（所）していない ②入院（所）している 病院名又は施設名 []	年 月 日から 年 月 日までの間 ①入院（所）していない ②入院（所）している 病院名又は施設名 []	

ねたきり高齢者の介護の程度（ねたきり高齢者を介護している方のみ記入してください。）

入 浴 の 状 況	食 事 の 状 況	排 便 の 状 況
①入浴できない ので常時拭く のみ ② 常時介護が あれば入浴 できる	①介護があれば、食事ができる ②自分で食事ができる。 ア 横になれば イ 物にもたれば ウ 座って ③流動食等を管にて注入している。	①動けないので、常時おむつを している ②介護があれば便器で可能 ア ポータブルトイレ イ トイレ ③自分でできる ア ポータブルトイレ イ トイレ

認知症高齢者の問題行動（認知症高齢者を介護している方のみ記入してください。）

① わけもなく他人に暴力をふるう ② 失禁等で汚したり、不潔になっても無関心である ③ 目を離すと外に出て徘徊する又は外に出て迷うことがある ④ 火の不始末がたびたびある ⑤ 昼夜の区別がつかず、夜さわぐ ⑥ 大声をあげてさわぐ ⑦ 邪推がひどく事実でないことを信じ込む ⑧ その他 []
--

※ あてはまる項目に○印を付けてください。

※ 病院へ入院中又は介護施設に入所の方は、介護人手当の交付は受けられません。喪失届を必ず提出してください。

（問合せ先 長寿介護課 電話 8 3 - 1 1 1 1 内線 1 4 7）

【届出人】※申請者と届出人が異なる場合は、記入が必要となります。

住所(又は事業所名)		氏名(担当者)	
申請者との続柄(関係)		連絡先(TEL)	