

垂井町長 様

住所 垂井町

申請者  
(介護者)  
氏名

電話  
昼間連絡のつく連絡先

垂井町ねたきり老人等介護者慰労金支給 (認定) 申請書

ねたきり老人  
ねたきり身体障害者  
のとおりに、垂井町 介護者慰労金の支給(認定)を受けたいの  
で、申請します。

介護者慰労金支給認定番号			
ねたきり身体障害者	住所	垂井町	
	氏名	( 年 月 日生)	性別 男 ・ 女
	傷病名		
	臥床期間	年 月 日から 現在まで	
介護者	氏名	( 年 月 日生)	性別 男 ・ 女
	職業	電話番号又は 連絡方法	
現況	臥床の状況	1 起居動作が困難なため、常時臥床している。	
	食事	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。	
	入浴	1 入浴できないので、常時拭くのみである。 2 常時他の介護がなければ入浴ができない。	
	排便	1 常時おむつ又は便器を使用している。 2 常時他の介護がなければ便所へ行くことができない。	
上記のとおり、ねたきり老人・ねたきり身体障害者の介護者であることを証明する。			
令和 年 月 日			
職氏名			

※担当地区民生員・児童委員又は担当ケアマネジャーの証明(自署)を受けてください。  
ねたきり老人は、介護保険要介護認定結果通知書又は介護保険被保険者証の写しを添付すること。

(裏面も記入してください)