様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

宇土市長　様

申請者住所

氏名

電話番号

在宅心身障がい者介護手当受給申請書

在宅心身障がい者介護手当を受給したいので、宇土市在宅心身障がい者介護手当支給規則第５条の規定により次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護している者 | 氏名（ふりがな） | 生年月日 | 年齢 |
| 　 | 歳 |
| 要介護者との続柄（　） | 電話　(　　　　　　　　　　　　　) |
| 介護を受けている者 | 氏名（ふりがな） | 生年月日 | 年齢 |
| 　 | 歳 |
| 障害者手帳の有無 | 身体障害者手帳（１・２・３・４・５・６）級 | 療育手帳（Ａ１・Ａ２） |
| 要介護認定の有無 | 有（　要介護３・４・５　）　・　無有の場合：認定年月日（　　　　　　） |
| 介護の状況 | 日常生活動作の状況(各項目該当する番号を〇印で囲んでください。) |
| 歩行 | １　自分で可　２　一部介助　３　全介助 |
| 排泄 | １　自分で可　２　一部介助　３　全介助 |
| 食事 | １　自分で可　２　一部介助　３　全介助 |
| 入浴 | １　自分で可　２　一部介助　３　全介助 |
| 着脱衣 | １　自分で可　２　一部介助　３　全介助 |
| 介護が必要となった日 | 　　　　年　　月　　日 | 家庭内で介護を始めた日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 入院等歴年９月１日年８月３１日までの期間 | 入院等期間 | 施設名 |
| 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | 　 |
| 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | 　 |
| 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | 　 |
| 短期入所、寄宿舎等利用日数　　週　平均　　　日　　　　通算　　　日 |
| * 入院、短期入所、寄宿舎等通算日数

　　　　通算　　　　　日 |