

# 記入例

様式第7号

## 鏡石町寝たきり高齢者等介護手当支給現況届

〇〇年〇〇月〇〇日

鏡石町長様

介護している方  
(手当を受けている方)

住所：鏡石町 〇〇〇〇 〇〇番地

届出者  
(介護者)氏名： 〇〇 〇〇

電話番号： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

鏡石町寝たきり高齢者等介護手当支給条例施行規則第8条の規定に基づき、4月1日現在の状況について、下記のとおり届出します。

また、必要の際は、介護者及び要介護者の情報について各関係機関（居宅介護支援事業所、相談員、民生委員、社会福祉協議会等）へ提供することを同意します。

要 介 護 者	住所	鏡石町 〇〇〇〇 〇〇番地		
	氏名	〇〇 〇〇 (男・女)	生年月日	年 月 日
	区分	要介護1	要介護4	要介護5
	障害区分	区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6		
	介護を受けている方の情報 を記載	介護者手帳	身体・療育・精神 (等級： 級)	
		病院・施設等の名称	該当月	日数
過去1年間の 介護保険施設 障害児入所施設 障害者支援施設 医療機関等 入院・入所	<input checked="" type="checkbox"/> 介護	〇〇〇〇病院	〇月	14日
	<input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護		月	日
	<input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護		月	日
	<input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護		月	日
	<input type="checkbox"/> 障がい		月	日
※担当事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 (介護) <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 (障がい) 事業所名： 〇〇〇居宅介護支援事業所 担当者： 〇〇 〇〇			

施設入所や入院があった場合は、  
施設や医療機関の名称、当該月と日数を記載

居宅介護支援事業所  
担当のケアマネージャーの氏名を記載

※サービスを利用されている方について、担当事業所担当者名（ケアマネージャー、相談員）をご記入ください。