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**

年　　　月　　　日

鏡　石　町　長　様

住　　所：鏡石町

届出者

（介護者）氏　　名：

電話番号：　　　　　-　　　　-

　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 |
| 　 |  | 生年月日 | 年　　月　　日  |
| （男・女） |
| 区　分 | 要介護度 | 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 |
| 障がい者手帳 | 身体　・療育　・精神　　（等級：　　　　級） |
| 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 | 病院・施設等の名称 | 該当月 | 日数 |
| □ 介護□ 障がい | 月 | 日 |
| □ 介護□ 障がい | 月 | 日 |
| □ 介護□ 障がい | 月 | 日 |
| □ 介護□ 障がい | 月 | 日 |
| □ 介護□ 障がい | 月 | 日 |
| □ 介護□ 障がい | 月 | 日 |
| ※担当事業所 | □ 居宅介護支援事業所（介護）　□ 相談支援事業所（障がい）事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※サービスを利用されている方について、担当事業所（居宅介護支援事業所、相談支援事業所）及び担当者名（ケアマネジャー、相談員）をご記入ください。