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。