

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		
	氏 名 <small>フリガナ</small>	(男・女)	生年月日	年 月 日
	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
	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい		月	日
	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい		月	日
※担当事業所	<input 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： _____ 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。