

令和 年 月 日

総社市長 様

申請者（介護者）

住 所 総社市

氏 名 _____

職 業 _____

寝たきり老人等との続柄 _____

在宅介護激励金支給申請書

次のとおり在宅介護激励金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 寝たきり高齢者等の状況

住 所			
氏 名			
生 年 月 日	M・T S・H 年 月 日	性 別	男 ・ 女
区 分	寝たきり高齢者 認知性高齢者 重度身体障害者 重度知的障害者		
要 介 護 度	要介護3	要介護4	要介護5
要介護認定の有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日		
身障手帳の有無	有（記号番号 岡山県・第 号）・無	障がいの等級	級
療育手帳の有無	有（記号番号 岡山県・第 号）・無	知的障がいの程度	IQ

2 在宅で介護を開始した年月 S・H 年 月

3 介護の程度

(重度身体障がい者又は重度知的障がい者の場合のみ記入してください。)

食 事	<ol style="list-style-type: none">1 自分でできる。2 食べ物を細かくすれば自分でできる。3 幼児程度に介助を要する。4 全部介助を要する。
排 便	<ol style="list-style-type: none">1 昼夜とも自分で便所にいける。2 自分でできるが夜は便器を使う。3 夜はおむつを使う。4 常時おむつを使う。
入 浴	<ol style="list-style-type: none">1 自分でできる。2 幼児程度に介助を要する。3 入浴できるが全部介助を要する。4 清拭のみで入浴できない。

※ それぞれ該当するもの一つに○を付けてください。

上記の事項については、相違ありません。

令和 年 月 日

民生委員 住 所 _____

氏 名 _____ (印)