

在宅高齢者介護手当認定（更新）申請書

令和 年 月 日

小野市長様

住所 _____

申請者
(介護者) 氏名 _____

電話番号 () _____

在宅高齢者介護手当を受給したいので、下記のとおり申請します。

高 齢 者	住所		氏名		男・女
	生年月日		年 月 日		
	ねたきり等になった時期		年 月 日		
	介護者との続柄				
	要介護度				

◎裏面あり

《市記入欄》※以下は記入しないで下さい。

要件判定日（起算点）	令和 年 月 日	
	高 齢 者	介 護 者
氏 名		
住 所		
要介護度	要介護4・要介護5	/
属する世帯の 市民税課税状況	非課税世帯・課税世帯	非課税世帯・課税世帯

様式第2号（裏面）

認知症高齢者の状況（該当する項目に○をつけて下さい。）

※様式第3号「在宅高齢者介護手当認定診断書」を添付して下さい。

1. 認知症の状況

ア. 記憶障害	1.自分の名前がわからない。 寸前のことも忘れる。	1.最近の出来事がわからない。	1.物忘れ、置き忘れが目立つ。
イ. 失見当	1.自分の部屋がわからない。	1.時々自分の部屋がどこにあるのかわからない。	1.異なった環境におかれると一時的にどこにいるのかわからなくなる。

2. 問題行動の程度

ア. 攻撃的行為	1.他人に暴力をふるう。	2.乱暴なふるまいを行う。
イ. 自傷行為	1.自殺を図る。	2.自分の身体を傷つける。
ウ. 火の扱い	1.火を常にもてあそぶ。	2.火の不始末が時々ある。
エ. 徘徊	1.屋外をあてもなく、歩きまわる。	2.家中をあてもなく歩きまわる。
オ. 不穏興奮	1.いつも興奮している。	2.しばしば興奮し騒ぎたてる。
カ. 不潔行為	1.糞尿をもてあそぶ。	2.場所をかまわず放尿、排便をする。
キ. 失禁	1.常に失禁する。	2.時々失禁する。

◎以下の証明が必要です。

民生委員 証明欄	<u>高齢者が在宅で介護を受けていることを確認しました。</u>	
	令和	年 月 日
	住所	氏名

介護手当振込口座届出書

令和 年 月 日

小野市会計管理者 様

介護者（受給者）

住 所 小野市 町 番地

氏 名

私が小野市から受ける在宅高齢者介護手当は、下記口座への振込みを依頼します。

記

振 込 先	金融機関名	支店名
	預金種別 1. 普通 2. 当座	口座番号
(フリガナ).....	
	口座名義	

記入例

様式第1号

在宅高齢者介護手当認定（更新）申請書

介護者の住所・氏名を記入。

令和 年 月

小野市長様

住所 **小野市中島町531**

申請者
(介護者)

氏名 **小野花子**

電話番号 **0794 (63) 1000**

在宅高齢者介護手当を受給したいので、下記のとおり申請します。

高齢者	住所	小野市中島町531	氏名	小野太郎	男・女				
	生年月日		昭和	2	年	3	月	4	日
	ねたきり等になった時期		平成	15	年	1	月	1	日
	介護者との続柄		夫						
	要介護度		5						

◎裏面あり

《市記入欄》※以下は記入しないで下さい。

要件判定日（起算点）	令和	年	月	日
	高齢者		介護者	
氏名				
住所				
要介護度	要介護4・要介護5			
属する世帯の 市民税課税状況	非課税世帯・課税世帯		非課税世帯・課税世帯	

様式第2号（裏面）

認知症高齢者の状況（該当する項目に○をつけて下さい。）

※様式第3号「在宅高齢者介護手当認定診断書」を添付して下さい。

1. 認知症の状況

ア. 記憶障害	1.自分の名前がわからない。 寸前のことも忘れる。	1.身近の出来事がわからない。	1.物忘れ、置き忘れが目立つ。
イ. 失見当	1.自分の部屋がわからない。	1.時々自分の部屋がどこにあるのかわからない。	1.異なった環境におかれると一時的にどこにいるのかわからなくなる。

2. 問題行動の程度

ア. 攻撃的行為	1.他人に暴力をふるう。	2.乱暴なふるまいを行う。
イ. 自傷行為	1.自殺を図る。	2.自分の身体を傷つける。
ウ. 火の扱い	1.火を常にもてあそぶ。	2.火の不始末が時々ある。
エ. 徘徊	1.屋外をあてもなく、歩きまわる。	2.家中をあてもなく歩きまわる。
オ. 不穏興奮	1.いつも興奮している。	2.しばしば興奮し騒ぎたてる。
カ. 不潔行為	1.糞尿をもてあそぶ。	2.場所をかまわず放尿、排便をする。
キ. 失禁	1.常に失禁する。	2.時々失禁する。

民生委員様の証明が
必要です。

民生委員 証明欄	高齢者が在宅で介護を受けていることを確認しました。	
	令和	年 月 日
	住所	氏名

在宅高齢者介護手当認定診断書			
(ふりがな) 氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)
住 所	小野市 町 番地		
認知症の 有 無	有 ・ 無 (「無」の場合は、以下の記載は不要です。)		
診断病名		発症年月	昭和・平成・令和 年 月
その他の 合併症	精神障害 身体障害		
認知症の 状 態	重 度	中 度	軽 度
	ア. 記憶障害 <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない。 寸前のことも忘れる。	<input type="checkbox"/> 最近のできごとがわか らない。	<input type="checkbox"/> 物忘れ、置き忘れが目立 つ。
	イ. 失見当 <input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからない。	<input type="checkbox"/> 時々自分の部屋がどこ にあるのかわからない。	<input type="checkbox"/> 異なった環境におかれ ると一時的にどこにい るのかわからなくなる。
問題行動 の 程 度	1 度	2 度	
	ア. 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう。	<input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行う。	
	イ. 自傷行為 <input type="checkbox"/> 自殺を図る。	<input type="checkbox"/> 自分の身体を傷つける。	
	ウ. 火の扱い <input type="checkbox"/> 火を常にもてあそぶ。	<input type="checkbox"/> 火の不始末が時々ある。	
	エ. 徘徊 <input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく、歩きまわる。	<input type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩きまわる。	
	オ. 不穏興奮 <input type="checkbox"/> いつも興奮している。	<input type="checkbox"/> しばしば興奮し騒ぎたてる。	
	カ. 不潔行為 <input type="checkbox"/> 糞尿をもてあそぶ。	<input type="checkbox"/> 場所をかまわず放尿、排便をする。	
	キ. 失禁 <input type="checkbox"/> 常に失禁する。	<input type="checkbox"/> 時々失禁する。	
所 見			
診断時の 特記事項			
上記のとおり診断します。			
令和 年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所在地			
診療担当科名		医師氏名	

どちらの項目にも一箇所以上チェックが入っているか確認

認知症の
状 態

問題行動
の 程 度

介護手当振込口座届出書

令和 年 月 日

小野市会計管理者 様

介護者（受給者）

住 所 **小野市中島町 531**

氏 名 **小 野 花 子**

私が小野市から受ける在宅高齢者介護手当は、下記口座への振込みを依頼します。

記

振 込 先	金融機関名 ○ ○ 銀 行	支店名 □ □ 支 店
	預金種別 ①. 普通 2. 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6
(フリガナ).....オ ノハ ナ コ..... 口座名義 小 野 花 子	

介護者名義であること