様式第１号(第２条関係)

（表）

寝たきり老人等介護手当支給申請書

年　　月　　日

　　十日町市長　様

　十日町市寝たきり老人等介護手当支給条例第５条の規定により、寝たきり老人等介護手当の支給を受けたいので申請します。また、受給者及び寝たきり老人等の属する世帯の課税状況等について調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者　（介　護　者） | フリガナ氏名 | 　 | 生年月日 | (　　　　歳)年　　　月　　　日　 |
| 住　　所 | 〒　　　　―　　　　　　(行政区　　　　　　　　　) 十日町市 |
| 老人との関係(続柄) |  | 電話番号 |  |
| 振込先 | 金融機関名 | 　銀行・組合・金庫・農協　　　　　　　　支店 |
| フリガナ口座名義人 |  | 預金種別 | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号 |  |
| 世帯の状況 | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 氏　名 | 続柄 | 年齢 |
|  | 世帯主 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 寝たきり老人等 | フリガナ氏名 |  | 生年月日 | (　　　　歳)年　　　月　　　日　 |
| 住　　所 | □申請者（介護者）と同じ十日町市　 |
| 介 護 保 険被保険者番号 |  | 要介護度 | ３ ・ ４ ・ ５ |

※手当の支給月額について、条例第8条第2項の適用をうけるときは別に書類の提出が必要な場合があります（裏面をご確認ください）。

|  |
| --- |
| 市確認欄（記入しないでください） |
| 支給決定 | 決定　・　却下 | 支給開始年月 | 年　　月 |
| 市民税課税状況 | 均等割のみ課税世帯・非課税世帯 | 第8条第2項規定 | 該当（　　号）・非該当 |
| 支給額 | 4,000円 ・ 6,000円 | 審査会日 | 年　　月　　日 |
| 要介護認定結果 | 要介護　　  | 有効期間 | 年　 月 　日から　　年 　月　 日 |

（裏）

（注意事項）

市民税均等割のみ課税世帯に属する介護者であっても、十日町市寝たきり老人等介護手当支給条例第８条第２項に規定する次のいずれかに該当し、必要があると認められるときは、手当の額を月額6,000円とします。

この場合には、この申請書のほかに必要な書類の提出をお願いすることがあります。

　(1)　介護者の属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財その他の財産について著しい損害を受けたもの

　(2)　介護者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障がいを受け、若しくは長期間入院したことにより、収入が著しく減少したもの

　(3)　介護者の属する世帯の生計を主として維持する者が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により、収入が著しく減少したもの

　(4)　介護者の属する世帯の生計を主として維持する者が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により、収入が著しく減少したもの

　(5)　その他市長が認める特別の事情があるもの

様式第２号(第３条関係)

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

十日町市長

寝たきり老人等介護手当受給資格認定通知書

　　　　　　年　　月　　日付けで申請がありました十日町市寝たきり老人等介護手当支給条例による手当の支給を、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

　１　支給額　　　　月額　　　　　　　　円

　２　支給開始時期　　　　　　　　年　　月分から

　３　支給月　　　　４月、８月、12月(支給月の前４月分)

　４　支給方法　　　　申請書に記載の金融機関口座に振り込みます。振込通知は発行しませんので、支給月の月末に通帳でお確かめください。

　５　その他　　　　次の場合には、早急に　　　　　　　　に届けてください。

　　(1)　介護者でなくなったとき(介護者の変更も含む。)。

　　(2)　寝たきり老人等及び介護者が十日町市に居住しなくなったとき。

　　(3)　寝たきり老人等が死亡したとき。

　　(4)　寝たきり老人等が介護老人施設等に入所したとき。

　　(5)　寝たきり老人等が病院・医院に入院したとき。

　　(6)　要介護認定が要介護2以下になったとき。

　　(7)　世帯の状況に異動があった場合や、所得の更正が行われたとき。

様式第３号(第３条関係)

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

十日町市長

寝たきり老人等介護手当非該当通知書

　　　　　　年　　月　　日付けで申請がありました寝たきり老人等介護手当について審査の結果、下記の理由により「非該当」となりましたので通知します。

記

　理由

様式第４号(第６条関係)

寝たきり老人等介護手当現況届

年　　月　　日

十日町市長　様

　次のとおり、寝たきり老人等介護手当の現況届を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者（介護者） | 氏名 |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日　 |
| 住　　所 | 〒　　　　―　　　　　　十日町市 |
| 老人との関係(続柄) |  | 電話番号 |  |
| 　年　月～　年　月まで　　　の世帯の状況の異動 | 有　・　無 | 有の場合 | 　　 人　→　　　 人　 |
| 寝　た　き　り　老　人　等 | 氏名 |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日　 |
| 住　　所 | 十日町市　 |
| 介 護 保 険被保険者番号 |  | 電話番号 |  |
| 該当区分（〇をつける） | 要介護　 ３・４・５身体障害者手帳　 有・無精神障害者手帳１級 有・無療育手帳１級　 　 有・無 | 介護認定有効期間 | 年　　月　　日～年　　月　　日 |
| ４か月間の状況（該当の□に✓を入れ、必要事項を記入） |  □ 在宅（寝たきり老人等の住所）で期間中ずっと介護をしていた |
|  □ 病院への入院・ショートステイの利用があった※デイサービスは記入不要 | 　月　年　月　日～年　月　日　 | 医療機関又は施設の名称等 |
| 　月　年　月　日～年　月　日　 | 医療機関又は施設の名称等 |
| 　月　年　月　日～年　月　日　 | 医療機関又は施設の名称等 |
| 　月　年　月　日～年　月　日　 | 医療機関又は施設の名称等 |
|  □ 施設等への入所・入居があった（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホームなど寝たきり老人等の住所以外の場所）※住所を異動していない場合も含む施設名：　　　　　　　　　　入所（入居）日：　　　年　　月　　日 |

様式第５号(第６条関係)

年　　月　　日

　　十日町市長　様

(受給者)

住所

氏名

寝たきり老人等介護手当受給資格消滅届

　　下記の理由のため、寝たきり老人等介護手当受給資格が消滅したのでお届けします。

記

　１　消滅理由

　２　消滅年月日　　　　　　　　年　　月　　日

様式第６号(第６条関係)

年　　月　　日

　　十日町市長　様

(受給者)

住所

氏名

寝たきり老人等介護手当受給変更届

　　下記のとおり寝たきり老人等介護手当交付申請書の内容に変更が生じたのでお届けします。

記

　１　変更内容

　２　変更理由

　３　変更年月日　　　　　　　　年　　月　　日