

鹿沼市在宅要介護高齢者介護手当現況届

年 月 日

鹿沼市長 宛

次のとおり在宅要介護高齢者介護手当の支給に関する介護状況を報告します。

なお、手当支給の条件の確認に必要な住民情報、介護情報等を公簿等により確認することについて同意します。

住 所			
受給資格者氏名		在宅要介護高齢者 （被介護者） 氏 名	
在宅要介護高齢者 （被介護者） の要介護状態 の区分等（※1）	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
同居要件（※2）	<input type="checkbox"/> 被介護者と同居し介護を行っている。		
入院・入所の状況	<input type="checkbox"/> 入院・入所・ショートステイの利用なし → 裏面の記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 入院・入所・ショートステイの利用あり → 裏面に内容を記入してください。		

（※1） 届出期間の途中で要介護状態区分等の認定の有効期間について更新又は変更があった場合は、更新又は変更の前後ともご記入ください。

（※2） 受給資格認定の際に同居証明書を添付したときは、同居証明書も添付してください。ただし、同一年度内に提出した内容に変更がないときは、省略することができます。

(裏面)

番号	区分	病院・施設名
①	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ	
②	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ	
③	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ	

上記の病院・施設の番号を、利用した日に記載してください。

	月	月	月	月	月	月
1日						
2日						
3日						
4日						
5日						
6日						
7日						
8日						
9日						
10日						
11日						
12日						
13日						
14日						
15日						
16日						
17日						
18日						
19日						
20日						
21日						
22日						
23日						
24日						
25日						
26日						
27日						
28日						
29日						
30日						
31日						