

令和7年〇月〇日

在宅寝たき

(宛先) 中央区長

マンション等の集合住宅にお住まいの方は、部屋番号までご記入ください。
この欄には申請者の住民票上の住所を記載してください。
※区外に住民票がある場合は、運転免許証、マイナンバーカードのおもて面（顔写真がある面）、国民健康保険資格証明書（被保険者証）など、申請者の住所・氏名が確認できる書類のコピーを添付してください。

申請者 (介護者)	住所	〒104-0045 中央区築地〇-〇-〇 中央マンション101		
	氏名	中央 一郎		
	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	在宅寝たきり高齢者等との続柄	長 男	基	No.

※介護者の日常の介護の状況によっては、支給できない場合があります。

介護をしている家族等が申請者となります。

☐ 券送付先を在宅寝たきり高齢者等の住所に変更する（希望する場合のみ「☒」を付けてください。）。

券の送付先は、原則、申請者(介護者)の住所となりますが、介護を受けている高齢者の自宅に泊り込みで介護している等で、券送付先を高齢者の住所にしたい場合は、☒を付けてください。

申請者(介護者)の氏名、介護を受けている高齢者の氏名は、原則自署してください。

また、この申請に関し他の家族等との間で問題が生じた場合は、私が責任をもって処理し、解決することを誓約します。

記

介護を受けている高齢者を記載して下さい。	住所	中央区 銀座〇-〇-〇		
	ふりがな	ちゅうおう たろう 中央 太郎		
	基	No.		
在宅で介護を受けている在宅寝たきり高齢者等	生年月日	昭和〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇 歳)		
	要介護認定結果 (寝たきり高齢者のみ記入)	☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (該当に〇をつけてください。)		
介護を受けているご本人の、現在の状態を記入してください。	当分の状況	特別障害者手当 ・ 重度心身障害者手当 (該当に〇をつけてください。)		
	現在の本人の状況	排泄は紙おむつを利用している。食事は一人では難しい。 認知症が進行しており、日中はほぼ寝たきり。外出は車イスを利用。 2日おきに訪問入浴を利用。呼吸器・心臓の持病もある。		
介護をしている方が日々どのような介護を行っているか、介護状況をできるだけ具体的に記入してください。	現在の介護の状況	食事・薬の服用・入浴・排泄など日常生活全般で介護している。 日中はヘルパーによる介護を行い、夜間は家族が介護している。 週2回デｲｰビ入、2カ月に1回程度ショートステイを利用している。		
	日常介護の状況	☐ 同居して毎日介護している。 ☒ ほぼ毎日(週 5 日程度)介護している。 ☐ その他 []		
支給希望種目 (希望するものに〇をつけてください。)	1	食事・マッサージ共通券 (1万円分 ・ ☒ 2万円分 ・ 3万円分)		
	2	旅行券 (☒ 1万円分 ・ 2万円分 ・ 3万円分)		

備考

申請者(介護者)及び在宅で介護を受けている在宅寝たきり高齢者等の氏名は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等にあつては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。

区処理欄	受付		介護者氏名住所 確認資料	不要・要(添付:有・無)	認定番号	第 号						
区確認欄	住基	☐ 在宅者	☐ 本人 介護者	☐ 6月以上 区内在住	☐ 介護者 住所氏名	☐ 同居 別居	☐ 日常 介護	介護認定 状態確認	☐ 2 以上	☐ 寝たきり 認知度等	当該年度 重複 無	☐