

矢板市在宅ねたきり老人等介護手当受給資格現況届

年 月 日

矢板市長 様

受給者
住所 矢板市
氏名 (続柄)
電話番号 ()

矢板市在宅ねたきり老人等介護手当支給条例施行規則第 5 条の規定によりお届けします。

記

ね た き り 老 人 等	氏 名			生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所	矢板市				
	要介護度	要介護 4・5 (認定期間		年 月 日 ~	年 月 日)	
		要介護 3 以下 (認定期間		年 月 日 ~	年 月 日)	
	状 況	(1) 認定時と変化なし (2) 回復してきた (3) 悪化した				
	入院(所) 状 況	年 月 日 ~ 年 月 日までの状況を記入願います。				
		入院(所)の有無		有 ・ 無 (有の場合は以下に記入願います。)		
		病院(施設)名				
		期 間		年 月 日 ~ 年 月 日まで		
		病院(施設)名				
期 間		年 月 日 ~ 年 月 日まで				
病院(施設)名						
期 間		年 月 日 ~ 年 月 日まで				

※ デイサービス、ショートステイ等の利用は記入しないでください。
介護保険証を参照し、要介護度、認定期間等を記入してください。