

記入例

令和 年 月 日

矢板市長 様

受給者
住所 矢板市 **本町5-4**
氏名 **矢板 花子** (続柄 **子**)
電話番号 (**43**) **3896**

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	矢板 太郎		生年月日	S X 年 X 月 X 日生 (XX 歳)	
	住 所	矢板市 本町5-4				
	要介護度	要介護 4 ・5 (認定期間 XX 年 XX 月 XX 日 ~ XX 年 XX 月 XX 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	●●病院			
		期 間	XX 年 XX 月 XX 日 ~ XX 年 XX 月 XX 日まで			
		病院(施設)名	■■病院			
期 間		XX 年 XX 月 XX 日 ~ XX 年 XX 月 XX 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。
(ただしショートステイについては、二ヶ月以上連続して利用した場合にはご記入いただきますようお願いいたします。)

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。

必ず記入してください。
必ずどちらかに0をつけてください。