

在宅介護補助金制度利用申請書

健保組合	常務理事	事務長	課長		担当
所属部	部長	リーダー			担当

該当項目に丸	・新規 ・継続	----->	従前の承認No.		
健康保険証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	印	
被保険者の 現住所	〒 連絡先 ()				
介護をうける方について	フリガナ	生	年 月 日	年齢	
	氏名	昭和 平成 令和	年 月 日生	歳	
	住所	〒 連絡先 ()			同居 別居
	介護状況 (具体的に)				主たる介護者氏名

医師または保健師の意見 ※該当項目にチェック(☑)願います。	傷病名	発病または負傷の日	年 月 日	
	日常生活動作の状況	移動	<input type="checkbox"/> 介護機器・用品を使用すれば移動することができる。 <input type="checkbox"/> 手を貸してもらするなど一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する。	
		食事	<input type="checkbox"/> おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する。	
		排泄	<input type="checkbox"/> 便座に座らせてもらうなど一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する。	
		入浴	<input type="checkbox"/> 身体を洗ってもらうなど一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する。	
		着替	<input type="checkbox"/> 袖を通してもらうなど一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する。	
		整容	<input type="checkbox"/> タオルで顔を拭いてもらうなど一部介助を要する。 <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する。	
	行動	<input type="checkbox"/> 火の始末、徘徊等により常時目の離せない状況にある。		
現在の療養状況	<input type="checkbox"/> 入院または入所にて療養中 <input type="checkbox"/> 在宅にて療養中			

証明者の住所氏名	上記のことは事実と相違ないことを認めます。	受付
	令和 年 月 日 住所 医師または保健師の氏名 印	承認No.

(備考)