

# 重度心身障害者（児）介護手当支給申請書

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          |        |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|----|
| 申請者（介護者）                                                                                                        | ふりがな                                                                                                                                                                                               |                                                                                                | 個人番号                                                     |        |    |
|                                                                                                                 | 氏名                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                | 住所                                                       |        |    |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          |        |    |
|                                                                                                                 | 生年月日                  年        月        日                                                                                                                                                          |                                                                                                |                                                          |        |    |
|                                                                                                                 | 障害者との関係（                  ）                                                                                                                                                                        |                                                                                                | 電話                                  （                  ） |        |    |
| 重度心身障害者（児）                                                                                                      | ふりがな                                                                                                                                                                                               |                                                                                                | 個人番号                                                     |        |    |
|                                                                                                                 | 氏名                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                | 住所                                                       |        |    |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          |        |    |
|                                                                                                                 | 生年月日                  年        月        日                                                                                                                                                          |                                                                                                |                                                          |        |    |
|                                                                                                                 | 身体障害者手帳                                                  第                                                  号                                                                                      |                                                                                                |                                                          |        |    |
|                                                                                                                 | 障害名（                                                                                                  ） 1        ・ 2        級                                                                      |                                                                                                |                                                          |        |    |
| 療育手帳                                                  第                                                  号 A 判定 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          |        |    |
| 介護保険サービス<br>利用状況                                                                                                | 有                                                                                                                                                                                                  | サービス名称                  （                  ）<br>サービス利用期間                  （                  ） | 無                                                        |        |    |
| 障害福祉サービス<br>利用状況                                                                                                | 有                                                                                                                                                                                                  | サービス名称                  （                  ）<br>サービス利用期間                  （                  ） | 無                                                        |        |    |
| ※1<br>施設・学校・病院の<br>名称及び入所日、<br>入所期間                                                                             | 施設名等                  （                                                                                                  ）<br><br>年                  月                  日より                  入所・入院 |                                                                                                |                                                          |        |    |
| 同一世帯の状況                                                                                                         | 氏名                                                                                                                                                                                                 | 生年月日                                                                                           | 続柄                                                       | 課税状況   | 備考 |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          | 課税・非課税 |    |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          | 課税・非課税 |    |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          | 課税・非課税 |    |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          | 課税・非課税 |    |
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                          | 課税・非課税 |    |

(注) ※印 1 の欄は、通所、通学、入院している場合その名称を記入してください。

上記のとおり、重度心身障害者（児）介護手当を申請します。

年 月 日  
加古川市長 様

申請者（介護者）  
住所  
氏名

## 様式第1号（第3条関係）

| 下記の状態になった時期                                                                                                                                  |                                                                                                                                           | 年 | 月 | 日 | 頃                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-------------------|
| 介護の状況（該当する項目に○をつけてください）                                                                                                                      |                                                                                                                                           |   |   |   | 介護の具体的内容を記入してください |
| 食事                                                                                                                                           | ア 全て介護者が介助しないと食べることができない<br>イ 身体を支えているとスプーン等で食べることができる<br>ウ にぎり箸、またはスプーンなどで食べることができる<br>エ 自分で食べるが時間がかかり、時には手伝う<br>オ 介護することなく、自分で食べることができる |   |   |   |                   |
| 排泄                                                                                                                                           | ア おむつを使用している<br>イ 便器を使用している<br>ウ 便所まで連れていってさせている<br>エ 便所まで連れていくと、自分で用がたせる<br>オ 介護することなく、自分で便所へ行つて用をたしている                                  |   |   |   |                   |
| 入浴                                                                                                                                           | ア 入浴困難ため、介助者が清拭している<br>イ 入浴動作の全て介護を必要とする<br>ウ 衣類の着脱、浴槽への入出動作に介護を必要とする<br>エ 浴室まで連れて行くと、自分で入浴できる<br>オ 介護することなく、全て自分で入浴できる                   |   |   |   |                   |
| 歩行                                                                                                                                           | ア 全く歩けない<br>イ 自分で這う、又は支えるなど介助があれば歩ける<br>ウ つたい歩きをすることはできる<br>エ 装具を使用すれば一人で歩くことができる<br>オ 介護なしで、屋内外は一人歩ける                                    |   |   |   |                   |
| 着脱衣                                                                                                                                          | ア 介護者が全て行う<br>イ 手又は足のいずれかは自分で通すが、それ以外は介護を必要とする<br>ウ 手足をとおす程度で、ほとんど介護を必要とする<br>エ 簡単な衣服なら自分で着脱できる<br>オ 介護なしで、全て自分で着脱できる                     |   |   |   |                   |
| ※以下については、身体障害者（児）の場合は記入の必要はありません。                                                                                                            |                                                                                                                                           |   |   |   |                   |
| 放浪性                                                                                                                                          | ア じつとしていることがなく、異常に動き回り片時も目を離せない、または常に注意を払う必要がある<br>イ よく動き回るが、常に気を付ける必要はない<br>ウ ほとんどない                                                     |   |   |   |                   |
| 発作等                                                                                                                                          | ア 生命、身体に危険を伴うようなけいれん、発作がたびたびあり片時も目を離せない<br>イ けいれん、発作が時にはある<br>ウ ほとんどない                                                                    |   |   |   |                   |
| 障害者の状況等について、上記のとおり相違ないことを確認しました。<br><div style="text-align: center;">年      月      日</div> <div style="text-align: right;">確認者氏名 _____</div> |                                                                                                                                           |   |   |   |                   |