

重度心身障害者（児）介護手当支給申請書

申請者 (介護者)	氏 名			対象者との続柄	
	住 所				
	生年月日	年	月	日	電話 — —
対象者	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
	居住状況	在宅 ・ 入院または入所している			
	介護が必要となった時期（ 年 月 日から）				
介護保険	認定状況	否認定 ・ 認定（ ）			
障害の状況	身体障害者手帳	第	号	（	種 級）
	療育手帳	第	号	（	判定）
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信金・信組		本店・支店 出張所・支所	
	預金種別		口座番号		
	フリカゝナ				
	口座名義人				
<p style="text-align: center;">伊 丹 市 長 様</p> <p>伊丹市重度心身障害者（児）介護手当支給要綱第5条の規定に基づき申請をします。 なお、私が申請します上記の事務に必要な自立支援及び介護保険に関する調査について同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者（介護者）</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p>					

※ 所得状況欄

対象者 ()			配偶者・扶養義務者 ()		
扶養親族等の数	所得額		扶養親族等の数	所得額	
扶養 人	円		扶養 人	円	
老扶 人					
障扶 人					
特障扶 人					
特定扶 人					
配偶者特別控除			配偶者特別控除		
障・特障・老年 寡・寡特・勤労			障・特障・老年 寡・寡特・勤労		
雑・医・小			雑・医・小		
社会保険料実額			社会保険料定額		
市民税課税状況	課税	非課税	市民税課税状況	課税	非課税
決定額	可	否	決定額	可	否
	円		円		

伊丹市長様

年 月 日

世帯調書 兼 同意書

下記の者は、伊丹市重度心身障害者（児）介護手当支給要綱第5条に基づく事務手続きを処理するために限って 年度の市町村民税情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

対象者の属する世帯構成	氏 名	続 柄	生 年 月 日	個 人 番 号				備 考
	㊞	本 人						
	㊞							
	㊞							
	㊞							
	㊞							
	㊞							
	㊞							

1. 世帯構成欄には、本人と生計を一にしている者を全員記入してください。（本人も含む。）
2. 世帯構成員以外で現実に本人に対して扶養を履行している者がある場合も記入してください。
3. 本人と住所が異なる者は、備考欄に住所を記入してください。

別表1 日常生活動作の状況

事 項		障害者の状況
1	食事	ア 全て食べさせる イ 身体をささえているとスプーンで食べられる ウ にぎり箸又はスプーンで食べられる エ 自分で食べるが時間がかかり、味こは手伝う オ 自分で食べる
2	排泄	ア おむつ使用 イ 便器使用 ウ 便所までつれていってさせる エ 便所までつれていくと自分で用がたせる オ 自分で便所へ行って用をたしている
3	入浴	ア 入浴困難、清拭している イ 入浴動作の全てに介護を要する ウ 衣服の着脱、浴槽への入手動作に介護を要する エ 浴室まで連れていくと自力で入浴できる オ 全て自分でできる
4	歩行	ア 全く歩けない イ 這う、又は支えると歩ける ウ つたい歩きができる エ 装具をつかうと一人歩きできる オ 屋外でも一人歩きできる
5	衣服の着脱	ア 介護者が全て行う イ 手又は足のいずれかはおすが他は全て介護を要する ウ 手足をとおす程度でほとんど介護を要する エ 簡単な衣服なら自分でできる オ 全て自分でできる

別表2 日常生活の状況

事 項		障害者の状況
1	放浪性	ア じっ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 イ よく動き回るが常に気をつける必要はない ウ ほとんどない
2	けいれん発作	ア 生命、身体に危険をともなうようなけいれん、発作がたびたびある イ けいれん、発作が味こはある ウ ほとんどない

伊丹市長 様

対象者の生活状況が上記のとおりであると申請します。

年 月 日

申請者（介護者） _____ 印

様

伊丹市長

重度心身障害者（児）介護手当受給権決定通知書兼支払通知書

年 月 日付で申請のありました重度心身障害者（児）介護手当について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給権者（介護者）名	
対象者名	
今回支払額	円
年 額	100,000 円
支給開始年月	年 月から
支給方法	口座振込
振込口座	
口座名義人	
記号 - 番号	

- 支払日は2月末日（土日祝の場合、その前日）となります。
通帳などをご確認ください。

第 号
年 月 日

様

伊丹市長

重度心身障害者（児）介護手当申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました重度心身障害者（児）介護手当の受給資格の認定について、下記の理由により却下しましたので通知します。

申請者（介護者）	氏名	
	住所	
対象者	氏名	
	住所	
却下した理由		

重度心身障害者（児）介護手当現況届

受給権者 (介護者)	氏名			対象者との続柄	
	住所				
	生年月日	年	月	日	電話 - -
対象者	氏名				
	生年月日	年	月	日	
	居住状況	在宅 ・ 入院または入所（施設名）			
	入院または入所期間	〔 年 月 日から 年 月 日まで 〕			
介護保険	認定状況	否認定 ・ 認定（要支援・要介護1・2・3・4・5）			
障害の状況	身体障害者手帳	第	号	（	種 級）
	療育手帳	第	号	（	判定）
振込先	金融機関名	銀行・農協 信金・信組		本店・支店 出張所・支所	
	預金種別		口座番号		
	フリカゝナ				
	口座名義人				
<p>伊丹市長様</p> <p>伊丹市重度心身障害者（児）介護手当支給要綱第9条の規定に基づき現況届を提出します。 なお、上記の事務に必要な自立支援及び介護保険に関する調査について同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>受給権者（介護者）</p> <p>氏名 ㊟</p>					

別表1 日常生活動作の状況

事 項		障 害 者 の 状 況
1	食事	ア 全て食べさせる イ 身体をささえているとスプーンで食べられる ウ にぎり箸又はスプーンで食べられる エ 自分で食べるが時間がわかり、時刻は手伝う オ 自分で食べる
2	排泄	ア おむつ使用 イ 便器使用 ウ 便所までつれていってさせる エ 便所までつれていくと自分で用がたせる オ 自分で便所へ行って用をたしている
3	入浴	ア 入浴困難、清拭している イ 入浴動作の全てに介護を要する ウ 衣服の着脱、浴槽への入手動作に介護を要する エ 浴室まで連れていくと自力で入浴できる オ 全て自分でできる
4	歩行	ア 全く歩けない イ 這う、又は支えると歩ける ウ つたい歩きができる エ 装具をつかうと一人歩きできる オ 屋外でも一人歩きできる
5	衣服の着脱	ア 介護者が全て行う イ 手又は足のいずれかはおすが他は全て介護を要する ウ 手足をとおす程度でほとんど介護を要する エ 簡単な衣服なら自分でできる オ 全て自分でできる

別表2 日常生活の状況

事 項		障 害 者 の 状 況
1	放浪性	ア じっ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 イ よく動き回るが常に気をつける必要はない ウ ほとんどない
2	けいれん 発作	ア 生命、身体に危険をとまなうようなけいれん、発作がたびたびある イ けいれん、発作が時刻はある ウ ほとんどない

伊丹市長 様

対象者の生活動作状況が上記のとおりであると現況を届けます。

年 月 日

※受給権者（介護者） _____ 印

伊丹市長様

年 月 日

世帯調書 兼 同意書

下記の者は、伊丹市重度心身障害者（児）介護手当支給要綱第9条に基づく事務手続きを処理するために限って 年度の市町村民税情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

対象者の属する世帯構成	氏名	続柄	生年月日	個人番号				備考
	㊞	本人						
	㊞							
	㊞							
	㊞							
	㊞							
	㊞							
	㊞							

1. 世帯構成欄には、本人と生計を一にしている者を全員記入してください。（本人も含む。）
2. 世帯構成員以外で現実に本人に対して扶養を履行している者がある場合も記入してください。
3. 本人と住所が異なる者は、備考欄に住所を記入してください。

重度心身障害者（児）介護手当受給資格喪失届

重度心身障害者（児）介護手当		記号番号	
受給権者氏名 （介護者）		生年月日	年 月 日
対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	伊丹市 (TEL -)		
受給権喪失の理由 (○印をつけて 下さい)	1. 対象者が死亡した 2. 対象者が伊丹市の住民でなくなった 3. 対象者が入所施設に入所した 4. 対象者が障害者総合支援法又は介護保険法によるサービスを利用した 5. 対象者が病院、診療所又は介護老人保健施設に継続して3箇月を超えて入院又は入所した 6. 障害等級等が該当しなくなった () 7. 介護者が対象者を介護しなくなった 8. その他 ()		
理由発生年月日	年 月 日		
<p>上記のとおり受給権を喪失しましたので届けます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住所</p> <p>氏名 印</p> <p>伊丹市長 様</p>			
決 定 欄	受給記号番号	受給権喪失年月日	備考
		年 月 日	

重度心身障害者（児）介護手当変更届

年 月 日

伊 丹 市 長 様

届出者（介護者）

住所_____

氏名_____ 印

電話（ ） - _____

下記の事項について、変更がありましたので届けます。

事項	変更前	変更後	変更年月日

様

伊丹市長

重度心身障害者（児）介護手当受給資格喪失通知書兼支払通知書

重度心身障害者（児）介護手当の受給資格が下記により、なくなりましたので通知します。

記

受給権者（介護者）名	
対象者名	
資格喪失年月日	年 月 日
資格喪失理由	
今回支払額	
支払方法	
振込口座	
口座名義人	
記号一番号	

様

伊丹市長

重度心身障害者（児）介護手当支給停止通知書

あなたの重度心身障害者（児）介護手当について、下記のとおり支給を停止しましたので通知します。

記

受給権者（介護者）名

支給停止の期間

年 月から

年 月まで

支給停止の理由

【対象者
受給権者
扶養義務者】の前年の所得が市町村民税非課税で
なくなったため。

様

伊丹市長

重度心身障害者（児）介護手当支給停止解除通知書

あなたの重度心身障害者（児）介護手当について、下記のとおり支給停止を解除しましたので通知します。

記

受給権者（介護者）名

支給停止解除年月

備 考