様式第８号（第８条関係）

日出町老人介護者手当現況届

年　　月　　日

日出町長　　様

受給資格者　住　　所
氏　　名　　㊞
電話番号

次のとおり、私の介護する寝たきり老人等の現況について、日出町老人介護者手当支給条例第９条の規定により届け出ます。

寝たきり老人等	氏　　名	
	要介護区分	要介護５ ・ 要介護４ ・ 他の区分 ・ 要介護認定を受けていない
対　象　期　間		年　　月から　　年　　月まで

１　入院・入所なし
２　入院した期間
　　月　　日から　　月　　日まで（病院名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（病院名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（病院名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（病院名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（病院名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（病院名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（病院名　　）

３　短期入所生活介護（ショートステイ）・短期入所療養介護等を利用した期間
　　月　　日から　　月　　日まで（施設名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（施設名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（施設名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（施設名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（施設名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（施設名　　）
　　月　　日から　　月　　日まで（施設名　　）

４　その他（　　）

添付すべき書類の内容を公簿等で確認することに同意する。
寝たきり老人等氏名

注　この届出には、次の書類を添付すること。
１　上記の入院等の期間が確認できる領収書等の写し
２　介護被保険者証の写し