要介護者の要介護度が3以下の場合は添付が必要です。

様式第２号

記入例

福島市在宅介護慰労手当受給資格登録届出用証明書

要介護者	住所	福島市五老内町3番1号　〇〇アパート△△△号室		
	氏名	福島　太郎　（男・女）	生年月日	大正・(昭和)・平成 △△年△△月△△日
	区分	(1) １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＣの者） 2　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つことができる者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＢの者） 3　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクＭの者） 4　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣの者）		

要介護者は、上記の状態にあることを確認しました。

※この証明書は担当ケアマネジャーや相談支援専門員、サービスを利用している事業所の代表者が記入するものです。
担当ケアマネジャー等に記入を依頼してください。
※介護サービスや障害福祉サービスを利用していない方は、長寿福祉課または障がい福祉課にご相談ください。

令和△△年△△月△△日

事業所名　〇〇〇〇〇〇事業所

代表者（介護支援専門員）氏名　〇〇　〇〇

証明書の裏面になります。

様式第２号

福島市在宅介護慰労手当受給資格チェックリスト

届出者 (介護者)	住所	福島市五老内町3番1号　〇〇アパート△△△号室
	氏名	福島　花子　　(男・女)

※要介護者の状態について、当てはまる項目について選択してください。

臨床の状況		☑ 起居動作が困難なた ☐ 日光浴等のための離
日常生活上の状況	食事	☑ 常時介護がなければ食事ができない。 ☐ 横になるか又は物に
	入浴	☑ 入浴ができないので ☐ 常時介護がなければ
	排せつ	☑ 常時おむつ又は便器 ☐ 常時介護がなければ便所に行くことができない。
認知症等の状況		☐ 頻繁に徘徊を行う。（概ね週に１回以上） ☑ 頻繁に大声 ☐ 不潔行為、 ☐ せん妄（幻 ☐ 自傷、他害行為等を行う。 ☐ その他、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁にあり、常時介護が必要である。

臨床の状況について、当てはまる方に☑をつけてください。

障がい高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）を判定する項目になります。
食事、入浴、排せつの状況について、それぞれどちらか当てはまる方に☑ をつけてください。

認知症高齢者の日常生活自立度を判定する項目になります。
当てはまる項目すべてに☑をつけてください。

※このチェックリストは、ご家族が記入するものです。
このチェックリストをもとに「寝たきり状態」の是非について判定をします。
記入が難しい場合は、担当のケアマネジャーや相談支援専門員等に相談の上、記入してください。