

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		
	氏名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	区分	<p>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）</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>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）</p>		

要介護者は、上記の状態にあることを確認しました。

年 月 日

事業所名

代表者（介護支援専門員）氏名

## 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	
	氏名	(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		<input type="checkbox"/> 起居動作が困難なため常時臨床している。 <input type="checkbox"/> 日光浴等のための離床時間を除いて常時臨床している。
日常生活上の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 常時介護がなければ食事ができない。 <input type="checkbox"/> 横になるか又は物にもたれなければ食事ができない。
	入 浴	<input type="checkbox"/> 入浴ができないので常時拭くのみである。 <input type="checkbox"/> 常時介護がなければ入浴できない。
	排 せ つ	<input type="checkbox"/> 常時おむつ又は便器を使用している。 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 頻りに徘徊を行う。(概ね週に1回以上) <input type="checkbox"/> 頻りに大声、奇声等をあげる。(概ね週に1回以上) <input type="checkbox"/> 不潔行為、性的異常行為等を行う。 <input type="checkbox"/> せん妄(幻覚と運動不穩)、妄想、興奮等の症状がでる。 <input type="checkbox"/> 自傷、他害行為等を行う。 <input type="checkbox"/> その他、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻りにあり、常時介護が必要である。

<b>福島市 確認欄</b>	
<b>確認日時</b>	<b>確認者</b>
年   月   日	