|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護事実申立書** | | | | | | |
| 介護に従事する者 | 氏名 |  | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | 男・女 |
| 住所 |  | | 続柄 |  | |
| 介護を受ける者  との居住関係 | 同　　　居　　・　　別　　　居（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 介護を受ける者 | 氏名 |  | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | 男・女 |
| 住所 |  | | | | |
| 介護を受ける場所 |  | | | | |
| 介護内容 | 介護を受ける者の生活状況 | 常時臥床　・　時々臥床　・　臥床しない | | | | |
| 介護事項 | 食　事　・　用　便・　洗　顔　・　入　浴　・　着替え  洗　濯　・ 歩　行・　寝起き　・　寝具の上げおろし  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 介護の状況について | | | | | |
| 上記のとおり介護に従事していることを申し立てます。  　　年　　　月　　　日  住　所  氏　名 | | | | | | |

　㊵

※民生委員による「証明書（介護手当用）」が提出できない場合は、下記□にチェックを入れ、

日付と署名をお願いいたします。

□介護事実申立書に記載（申述）した内容は、事実と相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名

（参考様式）

**介護事実申立書の内容変更について**

このたび、下記のとおり介護事実申立書の内容に変更が生じましたのでお届けします。

１．家族介護手当支給申請者が、介護を受ける状態でなくなった。

　　（１）社会福祉施設等に入所した（　　　　　年　　　月　　　日から）

（施設名・所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　（２）医療機関に入院した（　　　　　年　　　月　　　日から）

　　　　　（医療機関名・所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　（３）亡くなった（死亡日：　　　　　年　　　月　　　日）

２．介護に従事する者に変更が生じた

①　変更前（氏名及び住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②　変更後（氏名及び住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

内容変更の提出が遅れた理由

　　年　　月　　日

家族介護手当支給申請者氏名

※　変更事項の該当する箇所に○印をつけ、必要事項を記入してください。また、変更事実発生よりおおむね３か月以上経過した場合、内容変更の提出が遅れた理由を

ご記入ください。