

様式第5号(第6条関係)

在宅寝たきり老人等介護手当介護状況報告書

年 月 日

上毛町長 様

受給者 住 所 上毛町大字
(介護者) 氏 名
T E L

介護している場所(住 所) 上毛町大字

対象者 氏 名
(介護を受けている方)

次のとおり、介護の状況を報告します。

1 介護状況(「介護した」か「介護できなかった」のどちらかを○で囲む。)

年 月	年 月	年 月(予定)
1月間在宅で 介護をした 介護できなかった	1月間在宅で 介護をした 介護できなかった	1月間在宅で 介護をした 介護できなかった

2 介護できなかった理由(1で「介護できなかった」に○を囲んだとき記入)

年月 理由	年 月	年 月	年 月(予定)
入 院	入院 日から 日まで	入院 日から 日まで	入院 日から 日まで
短 期 入 所 (ショートステイ)	短期入所(ショートステイ) 日から 日まで	短期入所(ショートステイ) 日から 日まで	短期入所(ショートステイ) 日から 日まで
他の理由により 対象者不在	不在期間 日から 日まで	不在期間 日から 日まで	不在期間 日から 日まで
受給者(介護者) が 不 在	不在期間 日から 日まで	不在期間 日から 日まで	不在期間 日から 日まで

* 月 日 () までにご提出をお願いいたします。