

福祉給付金制度（ねたきり・認知症要件）の添付書類について （8月から変わります。）

1 概要

福祉給付金制度（ねたきり、中度以上の認知症の方などが対象の医療費助成制度）の申請に必要な書類が変わります。また、ご提出いただく書類の様式についても変更となります。

- 要介護度4・5の方 ⇒ 「申請書」
- 要介護度3の方 ⇒ 「申請書」＋「状態届出書」
- 要介護度2以下の方 ⇒ 「申請書」＋「状態届出書」＋「医師証明」

		平成26年7月31日まで		平成26年8月1日以降
		ねたきり	認知症	ねたきり・認知症
医師証明が必要な方	要介護3以上			
	要介護2以下			新規認定時
	要介護認定無し	新規認定時		年次医療証更新時 （公簿で確認が取れない場合）

※年次医療証更新は平成27年度から変更となります。

2 様式

（1）医師証明（要介護度2以下の方につき、医師が記入）

ねたきり状態証明書 (医師記載用)				認知症状態証明書 (医師記載用)			
対象者氏名			生年月日	年	月	日	
住 所	区		住 所	区			
別紙をご覧ください下記の該当する記号を○で囲んでください							
ねたきり	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ						
	B1	車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う					
	B2	介助により車いすに移乗する					
	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する						
	C1	自力で寝返りをうつ					
	C2	自力では寝返りも出来ない					
認知症	Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、介護を必要とする					
	Ⅲ	Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる				
		Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる				
	Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・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					
	M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする					
上記のとおりであることに相違ないことを証明します。							
証明欄	平成	年	月	日	病院名又は診療所の名称		
	所在地						
	医師署名					印	
	TEL番号						
上記のとおりであることに相違ないことを証明します。							
証明欄	平成	年	月	日	病院名又は診療所の名称		
	所在地						
	医師署名					印	
	TEL番号						

[裏面もご覧ください]

(2) 状態届出書 (要介護度3以下の方につき、介護者が記入)

ねたきり状態届出書

平成 年 月 日

(あて先) 名古屋市長

住 所 区

届出者
(介護者)氏 名

印(続柄)

電話番号

受給者氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
ねたきりの状態(該当状況をし点で記入願います)		ねたきりの始期	年 月 日

項 目	全介助	一部介助	自分で可
A 歩行	☐ 歩行不可能	☐ 付添が手や肩を貸せば歩ける	☐ 杖等を使用し、かつ、時間がかかってでも自分で歩ける
排泄 (便器へ座るところから立ち上がるまでの間)	☐ 常時おむつを使用している	☐ 介助があれば便器でできる	☐ 自分で昼夜とも便所でできる
食事 (配膳後の食器から口に入れるまでの間)	☐ 臥床のままで食べさせなければ食事はできない	☐ スプーン等を使用し、一部介助すれば食事ができる	☐ スプーン等を使用すれば自分で食事ができる
D 入浴	☐ 自分でできないので全て介助しなければならない ☐ 特殊浴槽を利用している 清拭を行っている	☐ 自分で入浴できるが、洗う時だけ介助を要する 浴槽の出入りに介助を要する	☐ 自分で入浴でき、洗える
E 着脱衣	☐ 自分でできないので全て介助しなければならない	☐ 手を貸せば、着脱できる	☐ 自分で着脱ができる
F 臥床の状況	☐ 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を受けている	☐ 屋内での生活は何らかの介助を受けており、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ	☐ 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない ☐ 何らかの障害などを有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

※届出内容を審査したうえで非該当となる場合があります。

(注)ねたきりの状態とは
引き続き3か月以上臥床している者であって、日常生活に人手を要し引き続き同様の状態が継続すると認められた者をいいます。

経過日数	該 ・ 非	介助を要する程度	該 ・ 非	臥床の状況	該 ・ 非
------	-------	----------	-------	-------	-------

認知症状態届出書

平成 年 月 日

(あて先) 名古屋市長

住 所 区

届出者
(介護者)氏 名

印(続柄)

電話番号

受給者氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
認知症の状態(該当状況をし点で記入願います)		認知症の始期	年 月 日

項目	状 況			
A 記憶	☐ 自分の名前がわからない、寸前のことも忘れる	☐ 最近の出来事がわからない	☐ 物忘れ、置き忘れが目立つ	☐ 特にない
B 見当識	☐ 自分の部屋がわからない	☐ 時々自分の部屋がどこにあるのかわからない	☐ 異なった環境だと一時的にどこだかわからない	☐ 特にない
C 判断力	☐ ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い	☐ 判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにもあいずりや見守りが必要になる	☐ 日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある	☐ 日常生活において首尾一貫した判断ができる。 ☐ 予定を立てたり、状況判断ができる
D 意思の伝達能力	☐ ほとんど伝えられないか、限られた者へのみ理解できるサインでしか自分の要求を伝えることができない	☐ 時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求(飲食、睡眠、トイレ等)に限られる	☐ 言葉の選択や考えの整理に多少の困難があり、応対に時間がかかる。意思疎通に相手の促しを要することもある	☐ 自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる
E 攻撃的行動	☐ 他人に暴力をふるう	☐ 乱暴なふるまいを行う	☐ 攻撃的な言葉を吐く	☐ 特にない
F 火の取扱い	☐ 火を常にもてあそぶ	☐ 火の不始末が時々ある(週1回以上)	☐ 火の不始末をすることがある	☐ 特にない
G 徘徊	☐ 屋外をあてもなく歩きまわる	☐ 家中をあてもなく歩きまわる	☐ 時々部屋内でうろうろする	☐ 特にない
H 不潔行為	☐ 糞尿をもてあそぶ	☐ 場所をこまわず放尿、排便をする	☐ 衣服等を汚す	☐ 特にない
I 失禁	☐ 常に失禁する	☐ 時々失禁する(週1回以上)	☐ 誘導すれば自分でトイレに行く	☐ 特にない
J 自傷行為	☐ 自殺を図る	☐ 自分の身体を傷つける	☐ 自分の衣服を裂く、破く	☐ 特にない
K 不穏興奮	☐ いつも興奮している	☐ しばしば興奮し騒ぎたてる(週2回以上)	☐ 時には興奮し騒ぎたてる	☐ 特にない
L 生活介護の程度	☐ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を受けている	☐ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を受けている	☐ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	☐ 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している

※重・中度の認知症の方が対象となるため届出内容を審査したうえで非該当となる場合があります。

(注)認知症とは
若いVにもなる病気の一つで、脳の器質的な変化により記憶・判断力の障害などが起こり、社会生活や対人関係に支障が出ている状態をいい、思い出したいことがすぐに思い出せなかったり、新しいことを覚えるのが困難になったりする「加齢によるもの忘れ」とは違います。

日数	該 ・ 非	認知症の状況	該 ・ 非	問題行動	該 ・ 非	生活介護の程度	該 ・ 非
----	-------	--------	-------	------	-------	---------	-------

ご提出いただいた書類内容を審査し、該当する方に福祉給付金資格者証を交付いたします。