|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **魚沼市寝たきり老人等介護手当支給事業の申請に係る　証明書** | | | | | |
| 対 象 者 | 住　　所 | 魚 沼 市 | | | |
| 氏　　名 | 様 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明 治　　昭 和  大 正　　平 成 | 年　　　月　　　日　　生 | | |
| 傷病名等 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）により、日常生活において常時介護を要する状態が ３ 箇月以上継続していると認められる。 | | | | |
| 治療状況 | □ 入院（所）中　　　　　□ 在宅で治療中 | | | | |
| 要 介 護  期　　間 | 始　期 | 令 和　　　　年　　　　月　　　　日から | | | |
| 終　期 | 令 和　　　　年　　　　月　　　　日まで  （証明日時点で継続している場合は省略可） | | | |
| **上記の者は、頭書の傷病により、日常生活において常時介護を要する状態であることを証明する。**  令 和　　　年　　　月　　　日  医療機関名  所　在　地  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  （注）１　証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。  （注）２　「要介護期間」とは、患者が上記により、日常生活において常時介護を要する状態にあることが認められる期間とすること。 | | | | | |

①　この証明書は、身体障害者手帳３級の者を常時介護している者が「魚沼市寝たきり老人等介護手当支給事業」を申請する際に必要です。

②　申請をする際に、この証明書を添付してください。