

別紙

受給対象期間の各月において、入院した医療機関、利用した介護保険施設等の名称及び宿泊数を全てご記入ください。

受給対象期間	入院した医療機関、利用した介護保険施設等の名称			宿泊数	月別合計
令和3年4月	□ 利用なし	入院	トコロん病院	4泊	4泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
令和3年5月	□ 利用なし	入院	トコロん病院	3泊	7泊
		ショートステイ	ショートステイひばり	4泊	
		施設入所		泊	
令和2年6月	☑ 利用なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
令和3年7月	☑ 利用なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
令和3年8月	☑ 利用なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
令和3年9月	□ 利用なし	入院		泊	2泊
		ショートステイ	ショートステイひばり	2泊	
		施設入所		泊	

申請する月の前月から遡った12か月のうちの連続する6か月について状況を記入します。（記入例では令和3年10月に申請しているため、令和3年4月から令和3年9月までの間となります。）

ただし、受給対象期間は以下の条件を満たす必要があります。

- ① 前回申請時の受給対象期間と重複していないこと。
- ② 65歳以上であること。
- ③ 要介護4又は5の認定を受けていること。
- ④ 申請者がねたきり老人等と住民票上で同居し、常時介護していること。
※実態が異なる場合は支給の対象外となります。
- ⑤ 入院やショートステイの利用等が毎月7泊以内であること。