

ねたきり認定証明書

※障がい者等医療証交付申請用

証明を必要とする人 (65歳以上の ねたきりの者)	住 所	藤沢市		
	フリガナ 氏 名		電 話	()
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳

上記の者は、日常生活状況確認表のとおり、**3ヶ月以上**食事・排便・寝起き等日常生活の大半を他の者の介護によらなければならないねたきりの状態にあり、かつ、その状態が継続すると認められる者であることを証明します。

年 月 日

住 所

民 生 委 員

氏 名

印

所 在 地

医 療 機 関 等 名 称

医 師 名

印

日常生活状況確認表(民生委員又は医師が証明してください)
※該当する記号に○をしてください。dを超える状態と判断される場合は、dに○をしてください。

①寝起	a いつも一人で床を離れることができる	b ひも等を利用すれば一人で床を離れることができる	c 人手を借りて床を離れる	d いつもねたきりである
②歩行	a 一人で歩ける	b 付添が手をかせば歩ける(伝い歩きが可能)	c 付添が肩をかせば歩ける(這って移動可能)	d 車椅子・寝台車等によって移動する
③食事	a 自分で作って食べられる	b 自分であたためて食べられる	c 手の届く範囲に準備すれば一人で食べられる	d 寝たまま食べさせるもしくは点滴や栄養療法等による
④入浴	a 自分でできる	b 浴室まで介助があれば自分でできる	c 一緒に入浴する程度に介護を要する	d 入浴できない(介護者が拭く／補助器具による)
⑤排便	a 自分でできる	b 後始末だけ介護を要する	c 用の都度介護を要する	d 常時おむつを使用している
⑥着替	a 自分で全てできる	b やや時間がかかるが介助なしに一人でできる	c 手助けがあれば着られる	d 寝たまま着せ替える

注：①②はcまたはdであること。③～⑥はcまたはdが1つ以上あること。

〔お願い〕 “注”に該当しない場合は、証明書を発行しないでください。
全ての項目に記載してください。

2021.4 版

証明については、民生委員又は医療機関のどちらかから受けてください。

(事務担当：障がい者支援課)