

様式第1号(第3条関係)

(表)

要介護高齢者介護手当受給資格認定申請書

年 月 日

神川町長 様

申請者住所
氏名
(介護者)
続柄 ()
電話 — —

要介護高齢者介護手当の受給資格の認定を、下記のとおり申請します。

記

要 介 護 高 齢 者	ふりがな 氏名	男・女	年 月 日 (生 歳)			
	要介護状態区分 要介護 4・5	介護保険被保険者証番号				
	要介護認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
世 帯 の 構 成	続柄	氏名	年齢	生年月日	生計中心者	備考

※1 続柄は要介護高齢者からみて記入してください。生計中心者欄には生計中心者に○印を付けてください。

※2 申請時には要介護高齢者の介護保険被保険者証の写しを添付してください。

(裏)

要介護高齢者の状況(該当する箇所には○印及び該当事項を記入してください。)

現在の状況		1 福祉サービスを利用している。 (サービス名： 利用日数等：)
		2 福祉サービスを利用していない。
		1 福祉施設・病院に入所・入院している。 (施設名・病院名 年 月 日から)
		2 福祉施設・病院に入所・入院していない。

手当の振込先

銀行・信用金庫・農協 信用組合	支店	普通・ 当座	口座番号
			フリガナ 口座名義人

※注意 口座は必ず申請人が名義人となっているものを指定してください。

備 考

※ 下の欄は、記入しないでください。

受	理	調査・確認者	決	定	認定番号			
年	月	日	認定・却下	年	月	日	第	号