

様式第1号(第3条関係)

要介護高齢者介護手当受給資格認定申請書

年 月 日

(あて先) 本庄市長

申請者住所
(介護者)氏名
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。

要 介 護 高 齢 者	フリガナ氏名		男・女	年 月 日生 (歳)	
	要介護状態区分 要介護3(認知症高齢者日常生活自立度 III b・IV・M)・ 4 ・ 5 要介護認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 前回要介護認定日 年 月 日				
	申請月の状況 1. 入院・入所等 ☐ 無 ☐ 有 (年 月 日から 年 月 日まで) 2. 短期入所(ショートステイ)の利用 ☐ 無 ☐ 有 (利用日数 日)				
介 護 者 (申 請 者)	続柄	氏 名	生 年 月 日		備 考
			年 月 日		
	手当の振込先(介護者名義のものに限ります)				
	銀行・信金・信組・農協	支店	普通・当座	口座番号	
			フリガナ 口座名義人		

※続柄は要介護高齢者からみて記入してください。
※要介護高齢者介護手当を受給するに当たり、次の事項について同意します。
・介護者リフレッシュ事業等の実施に当たり、委託先に住所、氏名等の個人情報を提供すること。

申請者 氏 名

※下の欄は記入しないでください。

決 定	台帳処理日	認定番号	備考	□同一世帯確認。 ____ 月から支給。
認定・却下	月 日			