

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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 同一世帯確認。 ____月から支給。 |
| 認定・却下 | 月 日 | | | |