

様式第1号(第4条関係)

在宅介護手当支給申請書

年 月 日

燕市長 様

次のとおり、在宅介護手当を申請します。

介護者 (世帯主名 )

フリガナ		電話番号	(自宅)	—	—
氏名	㊟		(日中連絡先)	会社・その他	—
生年月日	年 月 日( 歳)	性別	男	女	
住所					
要介護者との続柄	本人・同居の家族・その他( )				
振込先金融機関名	銀行・金庫・組合 その他( )	口座番号(右つめでご記入ください。)			
本店・支店名	本店				
	支店				

要介護者

フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日 ( 歳)	
住所	燕市	男	女
介護保険 被保険者番号		介護度	要介護 3 要介護 4 要介護 5

必ずご記入ください。

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院入院 (注 _____ 病院) <input type="checkbox"/> 施設等入所(注 _____) (期間) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	介護度 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 _____
-------	--	---

【注意事項】

- (1) 要介護者等の介護保険被保険者証をご持参ください。
- (2) 口座確認のため、通帳をご持参ください。通帳を持参できない方は、通帳の表紙を開いてコピーをしてご持参ください。

口座確認	被保険者No
認定期間 ~	受給者No