

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

上里町長 様

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（あてはまるものに○） 要介護 3・4・5 要介護認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日			
	要介護3の場合 （あてはまるものに○）	認知症高齢者自立度（主治医意見書） IIIb・IV・M		
	申請月の状況 1 入院・入院等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日 ～ 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。

*以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
認定・却下	月 日		

