

【申請書受付期間】令和8年3月19日から4月10日まで〈後期分〉
様式第1号（第5条関係）

在宅高齢者等介護手当支給申請書（後期分）

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所 糸魚川市
氏 名

次のとおり糸魚川市在宅高齢者等介護手当の支給を申請します。
申請に伴い、その決定に必要なときは、事業の担当者が私及び私の世帯員の所得
の状況等について調査することについて同意します。

要介護高齢者等	介護保険 被保険者 番 号			介護度 及び 有効期間	要介護_____ 年 月 日～		
	氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	☐ 申請者に同じ 糸魚川市					
介 護 者	氏 名	フリガナ		当該高齢 者等との 続柄			
		☐ 申請者に同じ					
	生年月日	年 月 日 (歳)		電話番号			
	振込指定 金融機関	金 融 機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協 労働金庫			支店名	支店
		口座 番号	当座 普通	口座名義	フリガナ		
		上記の内容を通帳等で確認し、右の□に ☒ 印を付けてください。 ☐ 確認済					
介護手当支給 対象月の確認	20日以上在宅で介護した月に ☒ 印を付けてください。					対象月	
	☐ 4月 ☐ 5月 ☐ 6月 ☐ 7月 ☐ 8月 ☐ 9月 ☐ 10月 ☐ 11月 ☐ 12月 ☐ 1月 ☐ 2月 ☐ 3月					月	

【福祉事務所事務処理欄】

介護度	調査表 確 認	受付日	決定日	判 定	支給月
・介護3 (非課税) ・介護4 ・介護5				適 申請のとおり支給する。 否 理由：	月

令和7年度 在宅高齢者等介護手当対象月数調査票（後期分）

〔要介護高齢者等の氏名〕 _____ 〔介護者氏名〕 _____

	入 院	入 所	在宅介護日数	対 象
4 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
5 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
6 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
7 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
8 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
9 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
10 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
11 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
12 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
1 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
2 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
3 月	_____ 日 (病院名： _____)	_____ 日 (施設名： _____)	_____ 日	
計				月
		担当ケアマネジャー内容確認済 ☐		

(注 1)在宅介護日数(通算)が 20 日以上ない場合は、手当の対象月となりません。
(注 2)ショートステイ(老健・特養)は、在宅日数には含めません。
(注 3)担当ケアマネジャーの方に調査票記載内容について御確認いただいた場合は、担当ケアマネジャー内容確認済欄にチェックをお願いします。