

記入例

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

提出する日をご記入ください。

令和 8 年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所 糸魚川市 一の宮1-2-5

申請者は介護者となります。

申請者氏名・介護者氏名・口座名義
は同一としてください。

氏 名 糸魚川 太郎

在宅高齢者等の介護手当の支給を申請します。

在宅高齢者等の介護保険
証に記載されている介護
度と有効開始日を記入し
てください。

申請に伴い、その決定に必要があるときは、事業の担当者が私の
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	令和 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 ■■■■■■	在宅高齢者等の生年月 日、年齢を記入してくだ さい。		
介 護 者	氏 名	フリガナ イトイガワ タロウ □申請者に同じ 糸魚川 太郎	当該高齢者 等との続柄	長 男	
	生年月日	S51年9月1日 (50 歳)	電話番号	025-552-0000	
	金融機関	第四北越	銀行・信用組合 信用金庫・農協 労働金庫	支店名	糸魚川 支店
	当座 普通	0123456	口座名義	フリガナ イトイガワ タロウ 糸魚川 太郎	
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				4 月

間違いがないか通帳等
により確認してから、□
に☑をつけてください。

銀行・信用組合
信用金庫・農協
労働金庫

【福祉事務所事務処理欄】

前期の申請では9月分
までを申請できます。

後期の申請では3月分ま
でを申請できます。
(前期申請分を除く)

介護度	調査表 確 認	受付日	適 否	申請のとお り 理由：	月
・介護3 (非課税) ・介護4 ・介護5					

令和8年度 在宅高齢者等介護手当対象月数調査票

[要介護高齢者等の氏名] 糸魚川 花子 [介護者氏名] 糸魚川 太郎

	入 院	入 所	在宅介護日数	対 象
4月	0 日 (病院名:)	0 日 (施設名:)	30 日	
5月	0 日 (病院名:)	0 日 (施設名:)	31 日	
6月	0 日 (病院名:)	0 日 (施設名:)	30 日	
7月	0 日 (病院名:)	5 日 (施設名: ショートステイ〇〇)	26 日	
8月	11 日 (病院名: 〇〇病院)	6 日 (施設名: ショートステイ〇〇)	14 日	
9月	30 日 (病院名: 〇〇病院)	0 日 (施設名:)	0 日	
10月	日	日		
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
計				月

* 色が付いている部分は記入しないでください。

【前期申請について】

* 4月～9月分の申請です。

【後期申請について】

* 10月～3月分の申請です。

ただし、前期分を申請しなかった方は、4月～9月分を併せてご記入ください。

(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。