

在宅高齢者等介護手当支給申請書

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 申請のとおりに支給する。 否 理由：	月

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〕 _____ 〔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	
3 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。