

肝付町在宅介護福祉手当認定申請書

肝付町長 殿

令和〇年 〇月 〇日

（申請者）

住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

肝付町新富〇〇番地〇
肝付 太郎
子 など
〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり肝付町在宅介護福祉手当の認定を申請します。

なお、手当の認定のため、私の世帯及び対象者（ねたきり高齢者等）世帯の住民登録資料、介護保険資料、特別障害者手当等資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者の状況等	ふりがな氏名	肝付 幸子		住所	肝付町新富〇〇番地〇	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	女	電話	〇〇-〇〇〇〇
	区分 (該当するものに○)	1. ねたきり高齢者 2. 認知症高齢者 3. 重度心身障害児（者）				
	日常生活状態	食事（ 介助あり ） 用便（ 介助なし ） 入浴（ 介助あり ）				
介護者及び家族の状況	氏名	対象者との続柄	性別	生年月日	職業、勤務先	備考
	肝付 太郎	子	男	昭和〇年〇月〇日		
介護状況	ねたきり高齢者等を介護しはじめた年月日			年 月 日		
	ねたきり高齢者等の介護に要する時間（一日あたり）			約 時間		
	ねたきり高齢者等と介護者の同居、別居の別			同居 ・ 別居		
	ねたきり高齢者等の居室と介護者の住居との距離			約 m		

記入上の注意

- 申請者は、介護者（現にねたきり高齢者等を介護している者）です。
- ねたきり高齢者等の居室と介護者の住居との距離は、同居の場合は、記入の必要はありません。
- ねたきり高齢者等の状況等や、その他記載事項欄に記載がない等の場合は、却下される場合があります。

※支給決定伺（この欄は町で記入します。）

受付年月日	年 月 日	ねたきり高齢者自立度		決裁欄			
決裁年月日	年 月 日	認知症高齢者自立度	IV・M	課長	補佐	係長	係
該当・非該当の別	該当・非該当	重度心身障害児（者）手当の別	特別障害者手当 障害児福祉手当 経過的福祉手当				

※別紙「口座振込申出書」を添付してください。
別紙

口座振込申出書

肝付町在宅介護福祉手当の支払いについては、下記口座に振り込まれるよう申し出ます。

記

口座名（受給者本人口座）		
金融機関名：	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合	本店 支店（所） 出張所
口座種類：	普通・当座（いずれかを○で囲む）	
口座番号：		
口座名義：	漢 字 _____	
	カタカナ _____	

※口座名義は、通帳に記載されているとおりに記入してください。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

※受給者本人の住所、氏名

肝付町長 殿