様式第１号（第４条関係）（用紙　日本工業規格A4縦型）

清水町ねたきり老人等介護手当受給資格認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　清水町長　様

　清水町ねたきり老人等介護手当の受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護者 | 氏名 | | （※） | | | | 性  別 | 男  女 | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住所 | |  | | | | | | | 電話番号 | |  |
| 要介護者 | 氏名 | |  | | | | 性別 | 男  女 | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 介　　護　　度 | | | | 要介護３　　　要介護４　　　要介護５ | | | | | | | |
| 介護認定有効期間 | | | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 生　計　状　態 | | | | 介護者と生計が　　同一　・　異なる | | | | | | | |
| 支給期間の入所・入院等の状況 | | 施設・医療機関名 | | | | 入所・入院等の期間 | | | | | | |
|  | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
|  | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 特別障害者手当受給の有無(要介護者） | | | | | | 有　・　無 | | | | | | |
| 生活保護受給の有無（介護者） | | | | | | 有　・　無 | | | | | | |
| 振込先等 | 振込先金融機関名 | | |  | | | | | 銀行・信金 | | 支店 | |
| 農協・労金 | |
| 預金種類・口座番号 | | | 普通・当座　　（口座番号） | | | | | | | | |
| （フリガナ）  口座名義人（介護者） | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

（※）氏名を自署しない場合は押印が必要です。