

要介護者等介護手当支給認定申請書

年 月 日

新 富 町 長 殿

介護者住所：新富町

氏 名：

(地区 Tel )

要介護者等住所：新富町

氏 名：

生年月日： 年 月 日 ( 歳)

要介護者等介護手当の支給を受けたいので申請します。

(該当項目を○で囲んでください)	歩 行	1 自分でできる 2 一部介助を要する 3 全部介助を要する
	排 泄	1 自分でできる 2 一部介助を要する 3 全部介助を要する
	食 事	1 自分でできる 2 一部介助を要する 3 全部介助を要する
	洗 身	1 自分でできる 2 一部介助を要する 3 全部介助を要する
	着脱衣	1 自分でできる 2 一部介助を要する 3 全部介助を要する
	認 知	1 ひどい物忘れ 2 被害妄想 3 幻視・幻覚・幻聴 4 徘徊 5 その他の問題行動 ( )
申請日の6カ月以上前から在宅で介護されていますか。( はい・いいえ )		最近入院した期間 令和 年 月 日～ 年 月 日
介護度及び期間	要介護・要支援	障害区分 年 月 日まで
民生委員の意見	民生委員 氏名	
手当振込金融機関名	銀行(金庫) 支店	
口 座 番 号	フリガナ	
	口座名義(介護者)	

同 意 書

要介護者等介護手当認定に当たっては、私の地方税及び介護保険料の賦課状況を閲覧・確認されることに同意します。

年 月 日

要介護者等 : 住 所 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

介 護 者 : 住 所 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_