

在宅要介護者介護手当受給資格認定申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 様

申請者 住所

① 氏名

令和8年度在宅要介護者介護手当(令和8年7月1日基準日分)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。

要介護者	氏名		男・女	生年月日	
	住所			電話番号	
②介護者	氏名		続柄	生年月日	
	住所			電話番号	
要介護認定結果	申請無 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
要介護認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
病院・施設等への入院・入所状況	基準日前 6 カ月間に (無 ・ 有) 病院・施設名 () 入院・入所の延べ日数(日間)				
短期入所サービスによる入所状況	基準日前 6 カ月間に (無 ・ 有) 施設名 () 短期入所サービスの利用延べ日数(日間)				
振込希望 金融機関	金融機関名			支店名	
	金融機関コード		/	支店コード	
	口座種別	1・普通預金 2・当座預金		口座番号	
	③(フリガナ) 口座名義人				

備考 ①、②、③は同一人となります。(要介護認定の申請をしていない方は、後日調査にお伺いします。)