

別記様式（第4条第1項関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

在宅要介護者介護手当受給資格認定申請書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

申請者 住所
氏 名

年度在宅要介護者介護手当（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	
介護者	氏名		続柄	生年月日	
	住所			電話番号	
要介護者の居所 (該当する項目に☑)		☐ 住所と同じ ☐ 住所と異なる()			
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・診療所への入院状況		基準日前6か月間に (無 ・ 有) (病院・診療所名) 入院の延べ日数 (日間)			
短期入所サービスによる入所状況		基準日前6か月間に (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		口座種別		
	口座名義人		口座番号		

備考 要介護認定の申請をしていない方は、後日、職員が調査にお伺いします。