**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
①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。

<table>
<tr><td rowspan="2">要介護者</td><td>氏名</td><td></td><td rowspan="2">男<br>・<br>女</td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">②介護者</td><td>氏名</td><td></td><td rowspan="2">続柄</td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護者の居所<br>（該当する項目に☑）</td><td colspan="4">☐　住所と同じ<br>☐　住所と異なる（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護認定結果</td><td colspan="4">申請無　・　要介護３　・　要介護４　・　要介護５</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護認定の有効期間</td><td colspan="4">年　月　日から　　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">病院・診療所への入院状況</td><td colspan="4">基準日前６か月間に　（　無　・　有　）<br>（病院・診療所名　　）<br>入院の延べ日数（　　日間）</td></tr>
<tr><td colspan="2">短期入所サービスによる入所状況</td><td colspan="4">基準日前６か月間に　（　無　・　有　）<br>（施設名　　）<br>短期入所サービスの利用延べ日数（　　日間）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込希望金融機関</td><td>金融機関名</td><td></td><td>支店名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>金融機関コード</td><td></td><td>支店コード</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td>1･普通預金　2･当座預金</td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>③(フリガナ)<br>口座名義人</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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、職員が調査にお伺いします。