

様式第1 (第2条関係)

在宅ねたきり老人等介護手当受給者支給申請書

年 月 日

扶桑町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話

下記のとおり、在宅ねたきり老人等介護手当の支給を申請します。

受給資格者 (介護者)	住 所	扶桑町大字		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	介護するようになった時期		年 月 日頃から	
	老人との続柄			
ねたきり 老人等	フリガナ 氏 名		生年月日	
	区 分	1. ねたきり老人 2. 認知症		
	要 介 護 認 定 日	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日		
	要 介 護 認 定 の 区 分	要介護度 3 4 5		
世帯の状況	氏 名	生 年 月 日	老人との続柄	職 業
支払希望 金融機関	金融機関名	銀行 店		
	口座名義人	カタカナ	口座番号	普・当 号

介護者名義の口座を記入してください