別記様式第１号（第８条関係）

在宅介護者介護手当認定申請書兼受給者台帳

|  |
| --- |
| **申 請 者（介護している人）** |
| 住所 | 佐野市 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 | 　 |
| 支払先 | 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座番号 |  |
| 名義 | （ｶﾀｶﾅ） |
| **被介護者（介護されている人）** |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　） |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和　　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者番号 |  |
| 要介護認定状況 | 要介護高齢者 | 　要介護 (　３ ・ ４ ・ ５　) 　 | 認定日　　　　　年　　月　　日～ |
| 認知症高齢者 | 認知度（ Ⅲa ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ） |
| 同居で介護が必要になった日 | 年　　月　　日 |
| 入院・入所状況 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 在宅介護者介護手当を受給するため、上記のとおり申請します。 |
| 年　　月　　日  | 介護者(受給者)氏名 |  |

〈佐野市事務処理欄〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定番号 |  | 認定・却下日 | 年　　　月　　　日 |
| 支払い月額 | 　　　　　　円(　　　年　　月支給開始) |
| 却下理由 | 　 |
| 資格喪失 | 　　　　　年　　月　　日(理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |