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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |