

## 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	(加加)	

## 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： )		