

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

1 要介護高齢者 2 認知症高齢者		認定番号		認定・却下	年 月 日	決 裁	課長	係長	係	
介護している人(受給者)	住 所				介護されている人	住 所				
	ふりがな					ふりがな				
	氏 名					氏 名				
	生年月日	年 月 日				生年月日	年 月 日			
	続 柄					要介護認定状況	要介護（ 3 ・ 4 ・ 5 ）			
	電 話					要介護3以上 となった日	(症状固定日)	年 月 日		
	支払先	金融機関名				認知症と認め られた日	(症状固定日)	年 月 日		
		支店名				同居に なった日	年 月 日			
		口座番号				入院状況	年 月 日 ～ 年 月 日			
		口座名義					年 月 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)									

※ 太枠内のみ記入してください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

佐野市長 様

介護者氏名 (受給者)
----------------

