

経 伺	課長	主幹	課長補佐	主任主査	担当	公印使用承認	発送日
							月 日

本書のとおり支給してよろしいか(伺) 支払開始月 月 受付番号No. 備考

様式第1号(第5条関係)

在宅 介護手当受給申請書

平成 年 月 日

幸田町長 様

申請者 住 所 幸田町大字  
氏 名 (印)  
電話番号  
続 柄

下記のとおり在宅介護手当を申請します。

受給者 (主に介護し ている人)	住 所	幸田町大字 字		
	フリガナ		生年月日	M T S 年 月 日
	氏 名			
	要介護者との続柄	配偶者・その他同居家族( )・その他( )		
要介護者	住 所	幸田町大字 字		
	フリガナ		生年月日	M T S 年 月 日 男女
	氏 名			
受給資格 等の確認	要 介 護 認 定	要介護 3・4・5		
	認 定 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月末まで		
	過去1年のサービス利用	有 ( )・無		
	介 護 の 場 所	在宅・在宅以外( )		
	介護が必要となった時期	平成 年 月頃から		
支払金融 機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協 店			
	フリガナ			
	名 義			
	預金種別	普通・当座	口座番号	
備 考	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護更新認定を受けたときは、届出をしてください。</li> <li>介護保険施設へ入所されたときは、届出をしてください。</li> </ul>			

※添付書類 住民票(世帯全員)・介護保険被保険証の写し

町確認欄	確認欄	<input type="checkbox"/> 要介護度3以上 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 同一世帯確認(住基上) <input type="checkbox"/> 在宅確認(入院中対象外)	添付書類	<input type="checkbox"/> 住民票(世帯全員) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護システムで確認(世帯・介護度)

家族・在宅介護手当住所等変更届

年 月 日

幸田町長 様

受給者氏名

印

次のとおり住所・氏名・支払金融機関等を変更しました。

受給者の変更 (介護している人)	新	住 所	幸田町大字 字		
		氏 名			
	旧	生年月日	年 月 日	要介護者との続柄	
		氏 名			
住所の変更	受給者 (介護している人)	新	幸田町大字 字		
		旧	幸田町大字 字		
	要介護者 (介護されている人)	新	幸田町大字 字		
		旧	幸田町大字 字		
支払金融機関 の変更	新	銀行 信用金庫 信用組合 店 農業協同組合	口座名義		
			種別	1 普通 2 当座	
			口座番号		
	旧	銀行 信用金庫 信用組合 店 農業協同組合	口座名義		
			種別	1 普通 2 当座	
			口座番号		
要介護度 の変更	新	要支援 要介護 1・2・3・4・5			
	旧	要支援 要介護 1・2・3・4・5			
変 更 日	年 月 日( 月支給分から)				
変更の理由					
備 考					