

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)

家族・在宅 介護手当受給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 幸田町長

申請者 住 所 幸田町大字  
氏 名 ⑩  
電話番号  
続 柄

下記のとおり家族・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				個人番号		
	氏 名				生年月日	T S H 年 月 日	
	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				個人番号		
	氏 名				生年月日	T S H 年 月 日	
受給資格等の確認	要 介 護 認 定	要介護 3・4・5					
	認 定 期 間	H・R 年 月 日 ~ H・R 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・令和 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	・病院 (30日以上) 又は介護保険施設へ入所されたときは、届出をしてください。						

同 意 書

私は、上記申請者の申請に同意するとともに、幸田町が保有する私の介護認定に係る情報について、家族・在宅介護申請に関する資料として開示することに同意します。

本人署名 ⑩

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)	確認	<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)