

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

本書のとおり支給してよろしいか（伺） 支給開始月 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

幸田町長 様

申請者 住 所 幸田町大字
氏 名
電話番号
続 柄

下記のとおり家族・在宅介護手当てを申請します。

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	明治 大正 昭和 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	明治 大正 昭和 年 月 日
	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	年 月 日 ～ 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	年 月 頃から		
支払金融 機関	銀行・信用金庫 店 信用組合・農協			
	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

町確認欄	確認欄 ☐要介護度3以上 ☐65歳以上 ☐同一世帯確認（住基上） ☐在宅確認（入院中対象外）	確認 ☐介護保険証 (☐介護システムで確認 世帯・介護度)
------	--	---