

(表)
所沢市ねたきり老人等介護者手当支給申請書

年 月 日

(宛先)所沢市長

申請者(介護者)

住所 所沢市 _____
氏名 _____ (印)
ねたきり老人との続柄() _____
電話 _____

ねたきり老人等介護者手当の支給を受けたいので、所沢市ねたきり老人等介護者手当支給要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

□ ねたきり老人等の状況

- 住所 所沢市 _____
- 氏名 _____
- 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)
- ねたきりとなった期間
_____ 年 月 日 (_____ 年 月頃から)
- 要介護状態区分等(_____)
- 認定年月日 _____ 年 月 日
- 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
- 別紙に、受給対象期間の各月を記入してください。
- 記入した月における病院や介護保険施設等への入院入所等の有無
(該当する番号に○をつけてください。)
1 有 2 無
有の場合は、別紙に利用病院・利用施設名、利用日数をすべて記入してください。
- 記入した月における介護保険施設等へのショートステイ利用の有無
(該当する番号に○をつけてください。)
1 有 2 無
有の場合は、別紙に利用施設名・利用日数をすべて記入してください。
- ※裏面に介護者名義の口座を記入してください。

※ 以下は記入しないでください

(伺い) 次のとおり決定 してよろしいか 可・否	課長		リーダー	担当	收受印
前回申請時受給対象期間	住民基本台帳		入院等		
平成 年 月までの6箇月間					
申請書記載住所居住者からの他の申請	確認日		決定日		支払日
有・無					

(裏)

□ 介護者名義の口座

介護者の口座が昨年と変わらない場合は、確認欄にレ点をご記入ください。
この場合、口座の記入は不要です。

確認欄

金融機関名	銀行・金庫 農協								本店・支店 出張所	
	預金目	普通	口座番号							
口座名義人	カナ									
	漢字									

※申請書提出時に、ねたきり老人の方の介護保険証のコピーを添付してください。

別紙

○受給対象期間の各月を記入していただき、入院をした病院名・ショートステイの施設名・介護保険施設等、利用日数をすべてご記入ください。

受給対象期間の各月	利用病院・利用施設名等	利用日数	月別合計
____年 ____月	ショートステイ	泊 日	泊 日
	入院	泊 日	
	施設入所	泊 日	
____年 ____月	ショートステイ	泊 日	泊 日
	入院	泊 日	
	施設入所	泊 日	
____年 ____月	ショートステイ	泊 日	泊 日
	入院	泊 日	
	施設入所	泊 日	
____年 ____月	ショートステイ	泊 日	泊 日
	入院	泊 日	
	施設入所	泊 日	
____年 ____月	ショートステイ	泊 日	泊 日
	入院	泊 日	
	施設入所	泊 日	
____年 ____月	ショートステイ	泊 日	泊 日
	入院	泊 日	
	施設入所	泊 日	
6か月	合 計		泊 日