

様式第1号(第2条関係)

介護手当受給資格認定申請書

年 月 日

毛呂山町長 様

住所
申請者 氏名
(介護者) 年齢 歳 続柄
電話

介護手当の受給資格の認定を下記のとおり申請します。

記

要 介 護 者	ふりがな		男	生年月日	年 月 日
	氏名		女	年齢	歳
	住所		住民となった日		年 月 日
	現在の状態	1 自宅で生活(かかりつけの医師) 2 その他()			
ねたきり老人等手当受給の有無			有 ・ 無		
ねたきり老人等手当開始年月日			年 月 日		
世 帯 の 構 成	続柄	氏名	年齢	生年月日	職業

※ 続柄は、要介護者からみて記入してください。

介護手当の振込先	ふりがな ----- 口座名義人	-----	銀行・金庫 本・支店
	1 普通預金 2 当座預金	口座番号	

※ 以下は、記入しないでください。

受理年月日	調査及び確認者	決定年月日	認定番号
年 月 日		認定・却下 年 月 日	第 号