

恩納村在宅高齢者介護手当受給認定申請書

年 月 日

恩納村長 殿

申請者(介護者) 氏名

恩納村在宅高齢者介護手当を受けたいので申請します。

介護者	住所	恩納村字		
	氏名		続柄	
	電話番号			
要介護 高齢者	住所	恩納村字		
	氏名		生年月日	(明・大・昭) 年 月 日
	要介護度	要介護 1・2・3・4・5・無	電話番号	
要介護 高齢者の 状況	日常生活動作 (該当するものに○印をつけてください。)			
	区分	自力でできる	自力でなんとかできる 一部介助が必要	自力でできない 全て介助が必要
	歩行			
	食事			
	入浴			
	排泄			
	衣服の着脱			
	在宅サービスの 利用状況			
	現在の状況		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院入院(病院) <input type="checkbox"/> 施設等入所(施設名:) 期間 年 月 日～	
振込先	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 支店		
	預金種目	普通 ・ 当座 ・ その他		
	口座番号			
	フリガナ 口座名義人			
介護手当の支給に際し、要介護者および介護者に関する住民基本台帳、要介護者の介護保険における要介護認定およびサービスの有無を確認することに同意します。 <p style="text-align: right;">署名(介護者) 代筆者氏名</p>				

※添付書類として、預金通帳の写しを提出してください。

【窓口に来た人】申請者と異なる場合は記入してください。

氏名：

申請者との続柄：

電話番号：