

在宅ねたきり老人等介護手当支給申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

〒

介護者 住所 小千谷市

氏名

小千谷市在宅ねたきり老人等介護手当支給事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

記

対 象 者	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)			
	住 所	小千谷市					
要 介 護 状 態		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級					
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳2級					
		<input type="checkbox"/> 療育手帳・身体障害の重複者 <input type="checkbox"/> 難病患者					
介 護 者	氏 名		電 話 番 号	—			
	生 年 月 日	年 月 日(歳)		対象者との続柄			
振 込 指 定 金 融 機 関	金融機関名		支 店 名				
	(ふりがな)		口座番号				
	口座名義人						

(注) 1. 「要介護状態」欄の□には該当する箇所にレ印を付してください。

2. 振込先は介護者名義の口座を指定してください。