

## 在宅福祉介護手当受給資格認定申請書

年 月 日

射水市長 あて

射水市在宅福祉介護手当支給条例施行規則第2条の規定により、在宅福祉介護手当の受給資格の認定を次のとおり申請します。また、この申請による受給資格の認定に当たり、被介護者及び被介護者の属する世帯員の世帯等について、貴職が他課及びその他の関係機関に調査することに同意します。

1 申請者、申請代理人記入欄

申請者 (介護している方)	住所															
	電話番号	—														
	氏名	(被介護者との関係)														
被介護者 (介護を受けている方)	住所															
	フリガナ								被保険者番号							
	氏名															
	生年月日				年 月 日 (満 歳)											
	要介護 4・5	認定 期間				年 月 日 ~					年 月 日					
	入院等の 状況 (過去6か月 以内)	有 ・ 無	入院・入所機関名 ( )													
			入院・入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
		入院・入所機関名 ( )														
		入院・入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日														
振込 口座	金融 機関 名	銀行	本店	普通	口座											口座名義人 (フリガ ナ)
		金庫	支店	当座	番号											
		農協	出張所													

※申請者 (介護している方) の口座を記入してください。  
 ※振込口座のわかるもの (通帳のコピー等) を添付してください。