様式第1号(第2条関係)

高齢者介護手当支給申請書

　　令和　　年　　月　　日

　日置市長　　　　　様

　　高齢者介護手当の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

　　また、日置市において私が介護する寝たきり高齢者に係る世帯構成、介護の状況等に関して必要な事項を調査することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護者 | 氏名 | | |  | | | | 男・女 | | 生年月日 | | 年　月　日 | |
| 住所 | | | 日置市 | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 寝たきり高齢者 | | | 氏名 | |  | | | | | 男・女 | 生年月日 | | |
| 年　月　日 | | |
| 住所 | | 日置市 | | | | | | 電話番号 | | |
|  | | |
| 世帯状況 | | 氏名 | | | | 寝たきり高齢者との続柄 | | 年齢 | 職業 | | | | 備考 |
|  | | | |  | |  |  | | | |  |
|  | | | |  | |  |  | | | |  |
|  | | | |  | |  |  | | | |  |
|  | | | |  | |  |  | | | |  |
|  | | | |  | |  |  | | | |  |
| 寝たきり高齢者になった時期 | | | | | | | 年　　　月頃 | | | | | | |
| 寝たきり高齢者になった原因 | | | | | | |  | | | | | | |
| 要介護状態の程度 | | | | | | | 要介護4・要介護5 | | | | | | |
| おむつの使用 | | | | | | | 有・無 | | | | | | |
| 前年度の高齢者介護手当の受給の有無 | | | | | | | 有・無 | | | | | | |

※下欄に民生委員の証明が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 民生委員の証明 | 上記介護者が寝たきり高齢者を申請前3箇月間在宅で介護していることを証明します。  　　　　令和　　年　　月　　日  民生委員氏名 |

※高齢者介護手当の振込希望口座

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手当振込金融機関名 | | 銀行・農協等名 | | 支店・支所等名 | | 預金種別 |
|  | |  | | 普通・当座 |
| 口座番号 |  | | ふりがな  名義人(介護者) | |  | |