

様式第 1 号

所沢市特定在宅高齢者介護手当支給申請書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

申請者(介護者) 住 所

ふりがな

氏 名

特定在宅高齢者との続柄（ ）

電話番号

所沢市特定在宅高齢者介護手当支給要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、支給に係る審査に当たり、特定在宅高齢者の介護保険の要介護認定及びサービス利用に関する情報を市が確認することに同意します。

記

同居する 特定在宅高齢者	ふ り が な	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	被保険者番号	
	受給対象期間	別紙のとおり

申請者(介護者)名義の口座

- ☐ 前回の申請時から変更はありません（口座情報の記入は不要です。）。

- ☐ 次のとおり登録又は変更を依頼します。

金 融 機関名	銀行・信金 農協・その他										本店・支店 出張所・支所	
預 金 種 目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ その他 ()			口座番号								
口 座 名 義 人	カ ナ											
	漢 字											

別紙

受給対象期間の各月において、入院した医療機関、利用した介護保険施設等の名称及び宿泊数を全てご記入ください。

受給対象期間	入院した医療機関、利用した介護保険施設等の名称			宿泊数	月別合計
年 月	□ 利用 なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
年 月	□ 利用 なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
年 月	□ 利用 なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
年 月	□ 利用 なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
年 月	□ 利用 なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	
年 月	□ 利用 なし	入院		泊	泊
		ショートステイ		泊	
		施設入所		泊	