様式第１号（第４条第１項、第８条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

函南町要介護者家族介護手当等受給資格認定申請書

年　　　月　　　日

函南町長　仁科　喜世志　様

介護者

氏名

函南町要介護者家族介護手当等の受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者 | ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 介護認定の結果 | 介護度4・介護度5 | ※認定日 | 年　　月　　日 |
| 認定の有効期間 | 　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで |
| 介護者 | 氏名 |  | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 函南町 | 電話番号 |  |
| 世帯状況 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人及び同居の家族の市町村民税の課税状況 |
| ※氏名 | ※市町村民税の課税額 (円)  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 払　込　希　望金　融　機　関 | 金融機関名支店名 |  | 口座名義人フリガナ |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |

(注)　※印の箇所は記入しないでください。

こちらには記入しないでください（提出時に聞き取りをさせていただきます）。

○居宅事業所名

○介護支援専門員氏名

　○入院・入所等　　有　　・　　無

有の場合（病院・施設名、期間を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 病院・施設名 | 期　　　　　間 |
|  | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
|  | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
|  | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
|  | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
|  | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

9月　　　　　 10月　　　　 11月　　　　 12月　　　 1月　　　 2月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

3月　　　　 4月　　　　 5月　　　 6月　　　 7月　　　 8月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

　○サービス利用等　　有　　・　　無

有の場合（利用サービス名、事業所名を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 利用サービス名 | 事業所名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |