

記入例

様式第1号 (第5条関係)

池田町在宅介護者給付金受給資格認定申請書

平成 31年 2月 ××日

池田町長 甕 聖章 様

住所 池田町池田△△△番地△

氏名 会染 池子

印

申請する介護者の氏名と押印をお願い致します。

池田町在宅介護者給付金の受給資格の認定を受けたいので申請します。

高齢者 又は 障がい者	氏名	会染 太郎	生年月日	大正 ×年 ×月 ×日
介護者	氏名	会染 池子	生年月日	昭和 ×年 ×月 ×日
	住所	池田町池田△△△番地△	続柄	子の妻
			連絡先	××-○○○○
高齢者の 状況	要介護状態となった時期： 平成27年 2月 1日頃 現在の要介護度：要介護5	障がい者の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 障害児福祉手当該当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当該当	
介護期間		365日		
中断期間		136日		
通算介護期間合計		229日		
加算金 (希望の場合のみ) 健康診断書等の提出に加え、右のチェック欄 (□) に『✓』を 入れてください。		<input checked="" type="checkbox"/> 町が必要に応じて行う保健指導を受けることを 承諾する。		
備考		□ 健康診断書等の添付有り		

健康福祉課で印字してあります。ご確認ください。

日中連絡が取れる連絡先をご記入下さい。

健康福祉課で印字してあります。ご確認ください。

平成30年1月1日から12月31日までの間、介護
が必要な期間の日数をご記入下さい。

平成30年1月1日から12月31日までの間、入院
や施設入所、在宅で介護しなかった等の日数をご記入
下さい。サービス利用票等で確認が難しい方は、担当
の介護支援専門員にご相談下さい。

介護期間から中断期間を引いた日数をご記入下さい。
180日未満の場合、支給対象でなくなります。

<受取方法> (希望する受取方法 (下記のAまたはB) のチェック欄 (□) に『✓』を入れてください。)

A 前回申請と同じ金融機関口座を希望します。

金融機関名	支店名	口座名義人 (カタカナ)
〇〇〇	池田	アイソメ イケコ

昨年度、給付金を振り込んだ方は口座内容を印字して
います。前回と同じ金融機関口座を希望される方はA
のチェック欄 (□) に『✓』を入れてください。

B 下記の金融機関口座を希望します。

金融機関名	支店名	預金種目
〇〇〇 銀行 農協 信組 信金	池田 本・支店 本・支所 出張所	普通・当座
口座番号	名義人	フリガナ
0123××	会染	アイソメ イケコ 会染 池子

A欄に記載がない場合やA欄の記載を変更する場合、
Bのチェック欄 (□) に『✓』を入れて、給付金を振
り込む口座 (申請者名義) をご記入下さい。
口座名義は、必ずフリガナをご記入下さい。

上記申請者は、要介護高齢者等と同居していることを証明します。

平成31年 2月 ××日

池田町福祉委員 広津 陸

印

地区の民生児童委員の署名と押印を依頼して下さい。