

第1号様式（第4条関係）

上越市在宅介護手当受給資格認定申請書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

フリガナ			
申請者（介護者等）			
住 所			
被介護者等との続柄		電話番号	—

次のとおり在宅介護手当の受給資格の認定を申請します。

被介護者等 （介護又は 介助を受け る人）	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日 歳

介護者が介護を開始した時期	年 月 日			
要介護認定の有無及び要介護度	無	有	要介護度	《 》

《被介護者等の区分》

身体障害者	障害程度	障害名（ 種 級）	手帳交付 年月日	年 月 日
知的障害者		療育手帳 （ A・B ）		年 月 日

《支払金融機関》

申請者口座 介護又は介助 をする人の口座	金融機関名	支店・支所名	口座番号 （ 普通・当座 ）	口座名義人(申請者) フリガナ

経由確認欄	介護支援専門員 所属事業所名	
	氏名	氏名

備考 経由確認欄には、この申請書を経由したケアマネジャーが署名してください。

※記載された個人情報は在宅介護手当に関する業務以外には使用しません。

# 障害者在宅介護（介助）手当用

## 個人情報調査承諾書

上越市障害者在宅介護（介助）手当を申請するにあたり、福祉課において、私と被介護者の介護保険認定の有無等を調査することに承諾します。

令和 年 月 日

住所 上越市

氏名 \_\_\_\_\_

(署名又は記名押印)

(宛先) 上越市長