

記載例

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

令和〇年〇〇月〇〇日

（宛先）上越市長

フリガナ	ジョウエツ イチロウ		
申請者（介護者等）	上越 一郎		
住所	木田 1-1-3		
続柄	夫	電話番号	025-526-5111

被介護者の住所、氏名、生年月日及び年齢、介護を開始した日、介護度を記入してください。

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	上越市木田 1-1-3			
	氏名	上越 花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日	〇歳

介護者が介護を開始した時期	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
要介護認定の有無及び要介護度	無	<input checked="" type="radio"/>	要介護度	《 3 》

《被介護者等の区分》

身体障害者	障害名（ 種 級）	手帳交付 年月日	年 月 日
知	介護者の振込口座の情報を記入してください。	年月日	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)
	第四北越	高田営業部	123456	フリガナ ジョウエツ イチロウ 上越 一郎

（個人情報の取扱いに関する承諾欄）

上越市在宅介護手当（上越市障害者在宅介護（介助）手当）支給の決定の審査のため、高齢者支援課の職員が私と被介護者に係る次の公簿等を閲覧（確認）することを承諾します。

- 介護保険認定関係資料
- 療育手帳又は身体障害者手帳の交付状況

令和〇年〇月〇日

氏名 上越 一郎

経由確認欄	氏名	
-------	----	--

備考 経由確認欄には、この申請

介護者が自署した場合は、押印不要です。
介護者以外の方が代筆した場合は、押印が必要です。