

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

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	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

（個人情報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。

- (1) 介護保険認定関係資料
- (2) 療育手帳又は身体障害者手帳の交付状況

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

経由確認欄	氏名		介護支援専門員 所属事業所名	
-------	----	--	-------------------	--

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。