和泊町在宅介護者支援金支給申請書

年　　月　　日

和泊町長　殿

　和泊町在宅介護者支援金支給条例に基づき，以下のとおり申請いたします。

１．申請者（受給者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 住所 | 大島郡　和泊町　 |
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 | 年 　月　 日 | 要介護者からの続柄 | 　 | 電話 | 　 |

２．要介護者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 住所 | 大島郡　和泊町　 |
| 氏名 | 　（男・女） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳）　 |
| 介護認定 | 被保険者番号 | 　 |
| 介護度 | 要介護度（　　　）認知自立度（　　　）障害自立度（　　　） |
| 認定日 | 年　月　日 | 有効期間 | 年　　月　　日～ 　　年　　月　　日 |

３．振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |
|  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義 | 　 |

４．その他介護者（※受給者以外に介護者がいる場合，任意で御記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 住所 | 大島郡　和泊町　 |
| 氏名 | （男・女） |
| 生年月日 |  　年 　月　 日 | 要介護者からの続柄 | 　 | 電話 | 　 |

※介護認定結果・調査票・意見書の閲覧に同意します。

要介護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印