

在宅要介護高齢者介護手当受給資格認定申請書

平成29年 4月 3日

ふじみ野市長 宛て

介護者を記載してください。
注) ケアマネジャーは不可

自筆で記入してください。(PC入力不可)
※代筆の場合は押印してください。

申請者 { 住所 ふじみ野市福岡1-1-1
氏名 ふじみ野 一郎
要介護者との続柄 子
電話番号 261-2611

在宅要介護高齢者介護手当の受給資格認定を下記のとおり申請します。

記

介護者	ふりがな	ふじみの いちろう	生年月日	昭和39年4月1日
	氏名	ふじみ野 一郎	年齢	53歳
	住所	ふじみ野市福岡1-1-1	介護開始日	平成28年10月1日
要介護者	ふりがな	ふじみの たろう	生年月日	昭和13年 4月1日
	氏名	ふじみ野 太郎	年齢	79歳
	住所	ふじみ野市福岡1-1-1	要介護状態※になった時期	平成28年10月1日
	要介護認定	要介護3・4・⑤	要介護認定等の有効期間	平成28年11月1日～平成29年10月31日

介護されている者の情報を記載してください。

※要介護状態とは条例第2条各号いずれにも該当するものをいう。

受理年月日	調査及び確認者	決定年月日	認定番号
年 月 日		認定・却下 年 月 日	第 号