様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

宇土市長　様

申請者住所

氏名

電話番号

在宅高齢者介護手当受給申請書

在宅高齢者介護手当を受給したいので、宇土市在宅高齢者介護手当支給規則第５条の規定により次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護している者 | 氏名（ふりがな） | | | 生年月日 | | | 年齢 |
|  | | | 歳 |
| 要介護者との続柄(　　　) | | | 電話（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 介護を受けている者 | 氏名（ふりがな） | | | 生年月日 | | | 年齢 |
|  | | | 歳 |
| 要介護認定 | 要介護度 | 認定期間 | | | | | |
| 要介護３・４・５ | 年　　月　　日　　～ 　　年　　月　　日 | | | | | |
| 介護が必要となった日 | 年　　月　　日 | | 家庭内で介護を始めた日 | | 年　　月　　日 | | |
| 入院等歴  年９月１日  年８月３１日  までの期間 | 入院等期間 | | | | | 施設名 | |
| 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | |  | |
| 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | |  | |
| 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | |  | |
| デイ・サービス、デイ・ケア利用日数  　　週　平均　　日　通算　　日 | | | | |  | |
| ◎　入院等通算日数  日 | | | | | | |