様式第１号

**鏡石町寝たきり高齢者等介護手当受給資格申請書**

年　　　月　　　日

鏡　石　町　長　様

住　　所：鏡石町

届出者

（介護者）氏　　名：

電話番号：　　　　　-　　　　-

　要介護者を在宅介護していることから、下記のとおり届出します。

　また、必要の際は、介護者及び要介護者の情報について各関係機関（居宅介護支援事業所、相談員、民生委員、社会福祉協議会等）へ提供することを同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介　護　者 | 住　所 | 鏡石町 |
| 　 |  | 生年月日 | 年　　月　　日  |
| （男・女） |
| 要介護者との続柄 |  | 寝たきりとなった時期 | 年　　月頃 |
| 生計の状況 | 　１ 同居している　　　２ 別居しているが常時介護している |
| 要　介　護　者 | 住　所 | 鏡石町 |
| 　 |  | 生年月日 | 年　　月　　日  |
| （男・女） |
| 区　分 | 要介護度 | 要介護４　・　要介護５ |
| 障害区分 | 区分１・区分２・区分３・区分４・区分５・区分６ |
| 障がい者手帳 | 身体　・療育　・精神　　（等級：　　　　級） |
| 振　込　口　座 | 金融機関名 |  | 銀行　金庫農協　組合 |  | 本店支店 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 預金種別 | １普通　２当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |
| ※担当事業所 | □ 居宅介護支援事業所（介護）　□ 相談支援事業所（障がい）事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※サービスを利用されている方について、担当事業所（居宅介護支援事業所、相談支援事業所）及び担当者名（ケアマネジャー、相談員）をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類※市町村記入欄 | □ 鏡石町寝たきり高齢者等介護手当受給資格証明書（様式第２号）□ 通帳の写し |