

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		
	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
	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		
	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
	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	
	フリガナ 口座名義			
※担当事業所	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（介護） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 通帳の写し
-----------------	--