

様式第1号(第5条関係)

若桜町家族介護者手当支給申請書

年 月 日

若桜町長 様

申請者 住所 八頭郡若桜町大字
氏名

若桜町家族介護者手当支給事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり家族介護者手当の支給を申請します。

在宅要介護者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日			
	住 所	八頭郡若桜町大字					
	寝たきり度	要介護度 3 ・ 要介護度 4 ・ 要介護度 5 障害程度 区分 4 ・ 区分 5 ・ 区分 6					
家族介護者(主たる介護者)	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日			
	住 所	八頭郡若桜町大字					
	電話番号		在宅要介護者との続柄				
	振込先	金融機関名称		支店名			
		預金種目					
		口座番号					
		フリガナ口座名義					
手当の対象期間	年 月 ~ 年 月			支給番号	※町記入欄		

家族介護者手当の支給に当たり、審査に必要な住民情報及び介護情報等を確認することについて同意します。

介 護 者 氏名 印
在宅要介護者 氏名 印