

第1号様式(第4条関係)

在宅寝たきり者等介護手当支給認定請求書

年 月 日

湯沢町長 様

住所 \_\_\_\_\_  
 申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 (生計中心者) (要介護者との続柄: \_\_\_\_\_)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

湯沢町在宅寝たきり者等介護手当について、支給認定の請求をします。

\*太枠線内のみ記入してください。

要 介 護 者	住所					
	氏名	生年月日	明治・大正	年	月	日(歳)
	在宅介護が 始まった時期	昭和 平成	年	月	状況	
世 帯 構 成	世帯員の氏名	続柄	職	業	備	考

町 記 入 欄

寝たきり度	B-1	B-2	C-1	C-2	その他	
認知度	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	その他	
障害者手帳 (有・無)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 障害 種 級 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A ・ B ) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 ( 1級 ・ 2級 ・ 3級 )					
要介護認定	無 ・ 要支援1・2 ・ 要介護1・2・3・4・5					

- 上記の一に該当する要介護者と生計を一にし、在宅で介護を行っている。
- 在宅重度重複障害者介護見舞金を受給していない。

審査結果	適・否		特記事項			公印使用
決裁欄	課長	班長	班 員	起案者	起案	・ ・
					決裁	・ ・