

(あて先)
南魚沼市長

記入例

〒949-6680
住所 南魚沼市六日町180-1
氏名 魚沼 真理子
電話番号 780-1234

・申請者と介護者は同じ方にしてください
・市内に住所を有しない方は申請できません

申請者(介護者)

南魚沼市在宅要介護高齢者家族手当支給申請書

南魚沼市在宅要介護高齢者家族手当支給事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。なお、支給決定に係る要介護度、特別障害者手当等の受給状況、及び在宅介護の状況の確認について、調査することに承諾します。

記

介護者	ふりがな氏名	うおぬま 真理子 魚沼 真理子	生年月日	S33年〇月〇日					
	住所	南魚沼市 六日町180-1	要介護高齢者との続柄	子の妻					
	指定振込口座	金融機関名	ゆうちょ	支店名等	〇△□ 本店支店支所出張所				
		口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	1	2	3	4	5
	口座名義人(カタカナ)	ウオヌマ マリコ							
※郵便局(ゆうちょ銀行)の場合は、振込用の店名、預金種目、口座番号を記入してください。									
要介護高齢者	ふりがな氏名	うおぬま 一郎 魚沼 一郎	生年月日	S7年〇月〇日					
	住所	南魚沼市	(別居の場合のみ記入)						
	要介護度	要介護4・要介護5	特別障害者手当等の受給権	有() 手当) 無					
	対象期間内における在宅状況	R5年1月1日 ~ R5年11月20日							

介護者名義の口座をご記入ください

市記入欄(記入しない)

在宅状況は、事実として3か月を超えた期間、もしくは3か月を超える予定の期間をご記入ください。市で調査したうえで可否を判断します。

要介護度		手当の受給権	有・無	在宅状況	年 月 日 ~ 年 月 日	支給の要否	要・否
------	--	--------	-----	------	------------------	-------	-----