様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

高根沢町長　　様

高根沢町在宅介護家族手当支給申請書兼請求書

　高根沢町在宅介護家族手当の支給を受けたいので、高根沢町在宅介護家族手当支給要綱第５条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて申請し、及び請求します。

　併せて、高根沢町在宅介護家族手当の支給に際し、住民基本台帳の記録状況、在宅介護の状況、医療レセプト、要介護認定状況、町税及び介護保険料の納付状況について、町が調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （介護者）  申請・請求者 | 氏　名 | （※署名又は記名押印） | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 要介護者との続柄 |  |
| 住　所 | 電話番号　　　　（　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者 | 氏　名 |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 高根沢町  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅介護の開始時期  （認定有効期間） | | 年　　月  （　年　月　日～　年　月　日） | | | 要介護状態 | | | | □要介護４  □要介護５ | | | | | |

　下記の口座に振り込んでください。（申請・請求者名義のものに限ります。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  　 信用金庫  　　　　 　 農協 | | | | | | 本店  　　 　 　 支店  　　 　 出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | | | | |

　※預金通帳の写しを添付してください。

【第三者の証明】支給対象条件に該当する月に「〇」を記入してください。

　対象年：　　年

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　≪証明者≫

　居宅介護事業者の場合　事業所名：　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

　　上記以外の場合　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　氏　名