

様式第1号（第6条関係）

伊予市在宅高齢者家族介護手当支給申請書

年 月 日

伊予市長 様

次のとおり、伊予市在宅高齢者家族介護手当の支給を申請します。

申請者 (介護者)	住 所	伊予市			
	氏 名		年 月 日生		
	電 話 番 号		続 柄		
	振 込 先 ※名義は介護者です。	金融機関名 銀行 信用金庫 農協	支店名	支店 支所	
	口座番号	フリガナ			
		口座名義			
	口座種別	当 座	普 通		
要介護者	氏 名		男・女	年 月 日生 ( ) 歳	
	要介護認定度	要介護度 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日			
	介護保険サービスの利用状況	申請日の前1年間に <input type="checkbox"/> 介護保険サービスを受けていない <input type="checkbox"/> 介護保険サービスを受けた サービス内容 ( )			
(同 意 書) 伊予市在宅高齢者家族介護手当の支給のために必要があるときは、私及び私の世帯員の必要な住民票情報及び課税資料並びに要介護者の介護認定結果及び介護保険給付状況等を閲覧することに同意いたします。 (申請者) 介護者 氏 名					

※要介護者の介護保険被保険者証及び振込先の内容が分かる通帳等の写しを添付すること。