様式第１（第２条関係）

在宅要介護者介護手当受給資格認定申請書

年　　月　　日

　犬　山　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、在宅要介護者介護手当の受給資格認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　給  資 格 者  ＊介護する人 | | 住　所 | |  | | | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 | |  | | | | 要介護者との続柄 | |  | | |
| 要介護者  ＊介護をされている人 | | 住　所 | |  | | | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 区　分 | | １．常時臥床又はこれに準ずる状態にあって、生活介護を受けている状態が３月以上継続している方  ２．老化過程が主要な原因で、知的機能の低下がみられ、日常生活上問題行動があるため他の人の介護を必要とする状態が３月以上継続している方 | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | 銀行　　　　　　　本  信用金庫　　　　　　　　店  農協　　　　　　　支 | | | | | | 口　座　名　義（カタカナ） | | | | | |
| （介護する人の口座名義でお願いします。） | | | | | |
| 普 通 預 金  当 座 預 金  その他（ 　） | | 口 座  番 号 | |  | |
| 備　考  **＊在宅要介護者介護手当と障害者扶助料の同時受給はできません。** | | | | | | 障害者手帳 | | | ※障害者扶助料 | | ※障害者扶助料消滅届 | |
| 有 ・ 無  ／ | | | 有 ・ 無  ／ | | 送　付  ／ | 受　付  ／ |