様式第１号（第５条関係）

在宅介護手当支給申請書

令和　　年　　月　　日

門川町長　殿

　門川町在宅介護手当支給事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  | | 連絡先 |  | |
| 氏　名 |  | 介護対象者との続柄 | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護対象者 | 住　所 | 門川町 | | 要介護状態  （どちらかに〇） | | ４　・　５ |
| 氏　名 |  | 生年月日 | | Ｍ･Ｔ･Ｓ･Ｈ  　　　　年　　　月　　　日 | |

担当ケアマネージャー

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 氏　名 |  |

申請支給対象期間（対象月は１月～６月若しくは７月～１２月の期間です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象月 | 入院・施設入所日数  （ショートステイの  利用も含む） | 自宅で生活した日数 | 備考 |
| 月 | 日 | 日 |  |
| 月 | 日 | 日 |  |
| 月 | 日 | 日 |  |
| 月 | 日 | 日 |  |
| 月 | 日 | 日 |  |
| 月 | 日 | 日 |  |

※自宅で生活した日数が１０日以上の月が支給対象となります。

手当振込口座

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 | | 支店 |
| 口座種別 |  | 口座番号 | |  | |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | | | |
|  | | | | |