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 |  |
|  |