

在宅生活高齢者介護手当支給申請書

年 月 日

（宛先）村上市長

（介護者）

住 所 〒
村上市
氏 名
連絡先

次のとおり、在宅生活高齢者介護手当を申請します。

1 在宅生活高齢者

ふりがな								生年月日	
氏 名								明治 大正 昭和	年 月 日
住 所	村上市								
介護保険 被保険者番号								要介護度	要介護3 要介護4 要介護5
居宅介護支援事業所等名									

2 振込先

金 融 機 関 名					支 店 名			
銀 行・金 庫 組 合・農 協					本店・支店 出張所			
預金種別		口 座 番 号						
普 通・当 座								

- 3 介護者と在宅生活高齢者の住所が違う場合は、下記の□に☑をしてください。
- 村上市住民基本台帳に同世帯として記録されていませんが、介護のため同居していることに相違ありません。
- その他（ ）

【注意事項】

- 1 介護保険被保険者証をご持参ください。
- 2 振込先には、介護者の口座を記入してください。
- 3 口座確認のため、通帳（通帳を持参できない方は、通帳の表紙を開いてコピーしたもの）をご持参ください。