

在宅介護福祉手当申立書

年 月 日

勝浦市長 様

介護申立書

住 所

氏 名

電 話 番 号

印

私は勝浦市在宅介護福祉手当支給条例第4条の規定により、介護福祉手当の支給を受けたいので、下記の要介護者と生計を共にし、現に日常生活上必要な介護をしていることを申立ていたします。

要介護者氏名 (介護対象者)	男 介護者との 続 柄 女	生年 月日	年 月 日 (歳)
介護保険 要介護認定 年 月 日	年 月 日	要介護状態区分	要 介 護
認 定 の 有 効 期 限	年 月 日 ~ 年 月 日	ねたきり（又は認知 症）の状態	
世帯の状況		福祉手当受給の有無 (介護者に対する手 当も含む)	有 ・ 無 (受給手当名)

同 意 書

勝浦市在宅介護福祉手当の支給認定のため、介護対象者及び介護申立者の属する世帯の住民基本台帳及び主治医意見書、認定調査票の情報を市が確認することに同意いたします。

対象者

(代筆者)

㊞