

別記様式第1号(第6条関係)

長沼町寝たきり老人等介護手当支給申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請者 住所 長沼町
氏名 ⑩
電話

長沼町寝たきり老人等介護手当(寝たきり老人介護手当)の支給を受けたいので申請いたします。

記

被介護者	住所	長沼町 (第 区)		
	氏名		生年月日	年 月 日
介護者	住所	長沼町第 (第 区)		
	氏名		生年月日	年 月 日
	被介護者との関係		介護開始の時期	年 月

被介護者の状況	・日常生活動作(該当するものに○印をつけてください。)			
	区 分	自 立	一部介助	全 介 助
	移 動			
	食 事			
	排 泄			
	入 浴			
	着 替			
	整 容			
意思疎通				
支払希望金融機関名		種 別	口 座 番 号	口 座 名
銀行(農協) 支店(所)				

※町記入欄

障害老人の日常生活自立度

判定結果	判定年月日	判定者職氏名
	年 月 日	介護支援専門員〔 〕⑩
	年 月 日	保健師〔 〕⑩

別記様式第1号の2(第6条関係)

長沼町寝たきり老人等介護手当支給申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請者 住所 長沼町

氏名

印

電話

長沼町寝たきり老人等介護手当(認知症老人介護手当)の支給を受けたいので申請いたします。

記

被介護者	住 所	長沼町 (第 区)		
	氏 名		生年月日	年 月 日
介 護 者	住 所	長沼町第 (第 区)		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	被介護者との関係		介護開始の時期	年 月
被介護者の状況	別紙診断書のとおり			
支払希望金融機関名		種 別	口 座 番 号	口 座 名
銀行(農協) 支店(所)				