

受理	年 月 日	年 月 日	決 裁	課 長	係 長	係
番号		認定（支給開始 月分から） 却下（理由）				

ねたきり高齢者等介護手当認定申請書

年 月 日

大田原市長 様

申請者 { 住 所 大田原市
氏 名
(介護者) { 電話番号 ()

ねたきり高齢者等介護手当を支給されたく次のとおり申請します。

			被保険者 番号				
ね た き り 高 齢 者 等	氏 名		男・女	生年月日	年	月 日	
	住 所	大田原市			電話 ()		
	要介護区分	要介護4・要介護5		要介護認定日	年	月 日	
	身障手帳	種 級		療育手帳	A1 ・ A2		
	障害の状況及び 日常生活の状態 (身体障害者・ 知的障害者のみ 記入してくださ い)	1 障害の状況（具体的に記入してください。） 2 その他（具体的に記入してください。） * 該当するところに○印をつけてください。 1 常時介護がなければ食事ができない。 2 入浴できないので常時拭くのみである。 3 常時他の介護がなければ入浴できない。 4 常時おむつ又は差込み便器を使用している。 5 常時他の介護がなければ、便所に行くことができない。 6 その他（具体的に記入してください。）					
介 護 者	ねたきり高齢者等との続柄			男・女	職 業		
	生年月日	年 月 日					
	振 込 先	金融機関名	(支店名)			(普通・当座)	
		フリガナ				口座番号	
口座名義							