

『福崎町在宅高齢者介護手当』（新規・変更）申請書

在宅 高 齢 者	フリガナ				
	氏名		（男・女）		
	生年月日		年	月	日生（歳）
	住所		福崎町		
	要 介 護 度		認定有効期間	年	月
			年	月	日まで

確 認 事 項	① 現在、在宅高齢者は入院や施設入所をしていません。 <input type="checkbox"/>	
	② 在宅高齢者は『福崎町重度心身障害者介護手当』を受給していません。 <input type="checkbox"/>	
	③ 地区民生委員へ個人情報を提供することに（同意します・同意しません） ※ 支援が必要な方がいることを伝え、地域での見守り活動へと繋がります。	

上記のとおり申請します。

また、支給に要する在宅高齢者の在宅状況や介護サービス等の利用実態の把握にあたり、担当ケアマネジャーに確認することや、在宅介護支援センター職員が訪問して確認することに同意します。

年 月 日

福崎町長 様

申請者 住所 福崎町

(介護者) 氏名

連絡先

在宅高齢者との続柄

『福崎町在宅高齢者介護手当』振込先連絡表

年 月 日

福崎町長様

住所 福崎町
(介護者)
氏名

みだしの補助金等を、下記口座にて振込依頼します。

金融機関名 (当てはまるものに ☑をお願いします。)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫
支店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業所
口座種類	1.普通 2.当座 3.その他()
口座番号 (右詰めでご記入ください。)	
フリガナ	
口座名義人	

※振込先口座は、介護者の口座としてください。