

年 月 日

琴平町長 様

申請者 住所
氏名

琴平町在宅ねたきり老人介護家庭福祉手当受給資格認定申請書

下記のとおり、在宅ねたきり老人介護家庭福祉手当の受給資格の認定を申請します。

記

介護者 (代表者)	住所				性別	男・女
	氏名			生年月日	年 月 日生	
	連絡先（電話番号）					
	申請者との続柄					
	琴平町に居住を開始した年月日		年 月 日			
	希望振込 金融機関	金融機関名			支店名	
預金種類				口座番号		
口座名義人 (カタカナ)						
在宅ねたきり老人	住所				性別	男・女
	氏名			生年月日	年 月 日生	
	認定年月日			年 月 日		
	介護保険における要介護度	要介護		4 ・ 5		
	介護サービスの利用の有無	有		・ 無		

この申請にあたり、私及び在宅ねたきり老人の世帯員の状況、在宅ねたきり老人の介護保険認定に係る情報並びに介護サービスの利用状況等の受給資格及び手当の要件について照会することについて、同意します。

氏名 _____