

様式第 1 号(第 5 条関係)

介 護 手 当 認 定 申 請 書

年 月 日

紀宝町長 様

申請者(介護者)
住所 紀宝町
氏名

下記のとおり関係書類を添えて、紀宝町介護手当の支給資格の認定を申請します。
記

介 護 者 (申請者)	ふりがな 氏 名		性 別 男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日	満 歳
	住 所	紀宝町	
	電 話 番 号	局 番	
要介護者	ふりがな 氏 名		性 別 男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日	満 歳
	住 所	紀宝町	
	要介護の状態になった時期	年 月 日ごろ	
	*介護保険法に基づく要介護度	非該当(自立)・要支援・要介護1, 2, 3, 4, 5	
	*要 介 護 認 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日	

(注意) 要介護認定を得ていない場合は、申請者は、*印の項目を記入しない。

- ・ 未認定理由
- 1 介護サービスの希望がなく、認定申請を行っていない
 - 2 特定疾病に該当しない(40歳～64歳)
 - 3 該当年齢に達しない (0 歳～39歳)

担当者記入欄	要介護 4 ・ 5 と同等の状態	☐ 該 当 ・ ☐ 非該当
	調 査 年 月 日	年 月 日
	調 査 者 氏 名	