

様式第 1 - 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

内子町長 様

住 所 内子町

行 政 区

申請者（介護者） 氏 名 ⑩ 男・女

生年月日 年 月 日 歳

寝たきり老人等との続柄

電話番号（ ）

在宅高齢者介護手当受給申請書

内子町在宅高齢者介護手当の受給を申請します。

寝たきり老人等	氏 名		男・女	年 月 日生 歳	
	住 所	内子町			
	寝たきり又は 認知症になっ た時期及び原 因	年 月頃 病名等			
振込金融機関	変更の有無	無 有 (有の場合のみ、変更後の金融機関を記入のこと。)			
	銀行 支店 金庫 支所 農協	種 別	☐ 普通 ☐ 当座		
		口座番号			
		フリガナ 名義人			

様式第 1－2 号（第 4 条関係）

同 意 書
（課税資料・介護保険認定資料）

内子町長 様

私は、内子町在宅寝たきり老人等介護手当支給要綱による手当を受給したいので、同要綱第 3 条に定める支給要件調査のため、寝たきり老人等の介護保険認定資料及び私の属する世帯全員の課税資料を、内子町長の指定するものが閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者（介護者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印