

南小国町寝たきり老人等介護者手当支給申請書

年 月 日

南小国町長 様

申請者(介護者)

住 所 阿蘇郡南小国町大字

氏 名

印

下記のとおり、介護者手当を支給くださるよう申請します。

介護している者の氏名		対象者との続柄	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
対象者氏名 (介護を受けている方)		TEL	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
介護を受けている者の状況	1 65歳以上の者で寝たきりの状態にあるもの 2 身体障害者手帳一種1級所持者で寝たきりの状態にあるもの 3 療育手帳A1所持者 4 精神障害者保健福祉手帳1級所持者		
介護状況			
寝たきりの状態になった日	年 月 日	家庭内で介護を始めた日	年 月 日
身障者手帳の有無	1 あり 番号() 等級(種) 障害名()		2 なし
療育手帳の有無	1 あり 番号() 程度()		2 なし
精神障害者保健福祉手帳の有無	1 あり		2 なし