

# 名取市在宅ねたきり老人等介護手当支給申請書

年 月 日

名取市長 あて

申請者 住所 名取市

(主に介護する方) ふりがな  
氏 名

生年月日 (大・昭・平) 年 月 日  
高齢者との続柄 ( )  
電話番号 ( )

名取市在宅ねたきり老人等介護手当支給要綱第5条の規定に基づき、下記により介護手当の支給を受けたいので申請します。

### 介護を受けている高齢者の状況

住 所	申請者と同じ		
氏 名			
生年月日	大正・昭和	年 月 日	年 齢 歳
心身の状況	ねたきり・認知症の別	ねたきり状態	認知症状態
	時 期	年 月 日 ごろから	
	原 因		

### ※処理欄 (記入しないで下さい)

要介護者	介護保険 被保険者番号	ねたきり度	B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
	宛名番号	認知症度	Ⅲ a ・ Ⅲ b ・ IV ・ M
介護者宛名番号		同居確認	