

様式第1号（第3条関係）

春日部市重度要介護高齢者手当支給申請書兼登録台帳

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

次のとおり、重度要介護高齢者手当の支給を申請します。

|                            |                            |                      |      |       |   |
|----------------------------|----------------------------|----------------------|------|-------|---|
| 要<br>介<br>護<br>高<br>齢<br>者 | ふりがな                       |                      | 年 齢  | 歳     |   |
|                            | 氏 名                        |                      |      |       |   |
|                            | 電話番号                       | ( )                  | 生年月日 | 年 月 日 |   |
|                            | 住 所                        | 春日部市                 |      |       |   |
|                            | 個人番号                       |                      |      |       |   |
|                            | 介護保険被保険者番号                 | 第                    | 号    |       |   |
|                            | 介護保険要介護状態区分                | 4、 5、 その他 ( )        |      |       |   |
|                            | 要 介 護 認 定 年 月 日            | 年 月 日                |      |       |   |
|                            | かかりつけの医療機関 ( )<br>主な病名 ( ) |                      |      |       |   |
|                            | 振<br>込<br>先                | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合 | 支店   | 口座番号  | 普 |
| ふりがな                       |                            |                      |      |       |   |
| 口座名義                       |                            |                      |      |       |   |
| 在宅重度心身障害者手当の受給の有無          |                            |                      | 有・無  | 月額 円  |   |

※ 処理欄は記入しないでください。

|             |         |       |        |     |
|-------------|---------|-------|--------|-----|
| 処<br>理<br>欄 | 支給決定年月日 | 年 月 日 | 受給者番号  | 第 号 |
|             | 資格喪失年月日 | 年 月 日 | 支給開始年月 | 年 月 |
|             | 備 考     |       | 資格喪失事由 |     |
|             |         |       |        |     |