

おとしより介護応援手当受給資格認定申請書

（あて先）中央区長

住 所  
ふりがな  
氏 名  
生年月日 年 月 日（ 歳）  
電話番号

おとしより介護応援手当の支給を受けたいので、受給資格の認定を申請します。

現 在 の 状 態	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中（病院名： _____）
臥床又は入院期間 及 び 原 因	臥床又は入院の始期 年 月 日頃から 臥床の原因 (病名： _____)
要 介 護 度	要介護 3 4 5
主 に 介 護 を し て い る 者	氏名 (続柄： _____) 住所 電話番号
他の手当の受給の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手当の名称： _____ 手当)

※ 各項目の該当する  内に✓印をつけてください。

- 1 おとしより介護応援手当の支給要件の確認に必要な要介護認定に関する情報を利用することに同意します。
- 2 住所要件の確認については、住民票に関する業務において管理されている情報を利用することに同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_

..... 区処理欄 .....

受付年月日	受付者	審 査	認定番号	備 考
		住 病 在	第 号	