

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

高齢者ご本人様の名前を記入してください。なお、6ヶ月以上中央区に在住していることが条件となりますので、ご注意ください。

住所 中央区築地1-1-1
ふりがな ちゅうおう たろう
氏名 中央太郎
生年月日 〇〇年 〇〇月〇〇日 ( 〇〇歳)
電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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。

Table with 2 columns: Field Name and Content. Fields include: 現在の状態 (In-home selected), 介護度が3以上で3ヶ月以上寝たきりまたは認知症が条件となりますので、ご注意ください。 (Callout), 臥床又は入院期間及び原因 (Start date: 〇〇年〇月〇日頃, Cause: 転倒による骨折), 要介護度 (3 selected), 主に介護を者 (Name: 中央花子, Address: 中央区築地1-1-1), 他の手当の受給の有無 (None selected, Callout: 重度心身障害者手当、心身障害者福祉手当、難病患者手当受給中の方はご記入ください。)

※ 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。

高齢者ご本人のお名前です。

氏名 \_\_\_\_\_

区処理欄

Table with 5 columns: 受付年月日, 受付者, 審査, 認定番号, 備考. Row 1: 住病在, 第号