

第1号様式(第5条関係)

伊東市在宅高齢者介護家族支援金等支給申請書

年 月 日

伊東市長 様

申請者 住所  
氏名 印  
(電話: )

伊東市在宅高齢者介護家族支援金等の支給を受けたいので、申請します。

なお、伊東市在宅高齢者介護家族支援事業実施要綱第4条第1項に定める支援金額決定のため、市が要介護高齢者の介護保険料段階の確認を行うことに同意します。

介護されている者	住所				
	氏名		生年月日		
要介護認定	(認定年月日) 年 月 日	被保険者番号		介護度	
	(有効期間) 年 月 日～ 年 月 日				
居宅介護支援事業者名		介護支援専門員名			
世帯状況	氏名	生年月日	続柄	職業	備考
在宅介護期間	年 月 日から				
入院・入所の状況	期 間		入院・入所機関名		
	年 月 日～ 年 月 日				
	年 月 日～ 年 月 日				
	年 月 日～ 年 月 日				
	年 月 日～ 年 月 日				
	年 月 日～ 年 月 日				
振込希望金融機関	金融機関名称			支店名	支店
	口座番号			種 別	普通・当座
	口座名義人	ふりがな			