様式第１号　（ 第４条関係 ）

桂川町在宅寝たきり老人等介護手当支給申請書

年　　月　　日

桂　川　町　長　　殿

申請者　住　所：桂川町
氏　名：
連絡先：

寝たきり老人等を下記のとおり介護していますので、関係書類を添え桂川町在宅寝たきり老人等介護手当の支給を申請します。

なお、支給決定の場合には、請求に関する権限を桂川町健康福祉課長に委任します。

１．寝たきり老人等

<table>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">桂川町大字</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>申請者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td><td>満　　歳</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">寝たきり等状態発生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">主な疾病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">世帯員の状況</td><td>氏　　名</td><td>年齢</td><td>寝たきり老人等との続柄</td><td>備　考</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

２．同意書

世帯全員の住民登録状況を閲覧することに同意します。

年　　月　　日

氏　名：

支払希望金融機関届　（ 申請者本人名義の口座に限る ）

桂川町在宅寝たきり老人等介護手当については下記の口座に振り込んでください。

<table>
<tr><td rowspan="4">金融機関</td><td rowspan="2">振込先</td><td colspan="8">銀行 ・ 農協 ・ 信金 ・ 信組</td></tr>
<tr><td colspan="8">本店 ・ 支店 ・ 支所</td></tr>
<tr><td>預金種目</td><td colspan="8">普通 ・ 当座 ・ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">（ フ リ ガ ナ ）
口座名義人</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>

（注）　確認のため、申請時に必ず預金通帳をご持参ください。