様式第1号（第2条関係）

寝たきり老人介護手当申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介　護　者  受給資格者 | | 住　所 | |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | 老人との続柄 | |  |
| 性　別 | | 男　女 | 生年月日 | | 年　　月　　　日生 | | | | 世　 帯 　主 | |  |
| 寝たきり老人 | | 住　所 | |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | |
| 性　別 | | 男・女 | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日生（　歳） | | | | | |
| 日　常　動　作　状　況 | 歩　行  排せつ  食　事  入　浴  着脱衣 | | | | | | | | 身　体　の　状　況 |  | | | |
| 寝たきりになった時期 | | | 年　　月頃から | | | | | 介護を要するように  なった時期 | | | | 年　　月頃から | |
| 介護の状況 | | |  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、寝たきり老人介護手当を申請します。  年　　月　　日  申請者住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号　　　　局　　　　番  三股町長　様 | | | | | | | | | | | | | |