様式第1号(第5条関係)

在宅寝たきり高齢者介護手当受給申請書

年　　月　　日

柳川市長　　様

申請者住所　柳川市

介護者氏名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日生

介護者との続柄　(　　)

電話番号　　―　　―

寝たきり高齢者を下記のとおり介護していますので、柳川市在宅寝たきり高齢者介護手当の受給を申請します。

記

寝たきり高齢者	住所	柳川市　　番地		申請者との続柄	
	氏名		生年月日		
	介護保険被保険者番号				
	要介護状態の区分	□要介護４　□要介護５　□認定なし			
	認定年月日	年　月　日			
	認定の有効期間	年　月　日　～　年　月　日			
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	備考