

川越市要介護高齢者手当受給資格認定申請書

平成 年 月 日

4									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（提出先）

川越市長 川合 善明

要介護高齢者手当受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

要 介 護 高 齢 者	住所											電話番号	()				
	フリガナ											生年月日 (年齢)	年 月 日				
	氏名												(日歳)				
	介護保険 被保険者 番号												要介護状態区分	要介護認定の有効 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
入院先	所在地											電話番号	()				
	名称																
振 込 先	口座名義人	フリガナ											銀行コード				
		氏名											支店コード				
	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所															
		預金種目	普通・当座		口座番号												
ゆうちょ銀行	記号					番号											

私は、要介護高齢者手当の受給資格の認定又は支給に当たり必要があるときは、介護保険法に基づく要介護認定に係る調査内容、判定結果及び介護保険給付状況並びに住民票の必要な情報について市関係部署に照会し、確認することに同意します。

※ の部分には記入しないでください。

※振込先は、必ず、要介護高齢者本人名義の口座を指定してください。

※申請した日の属する月分より支給します。

申請日より前に遡って支給することはできませんのでご了承ください。