

様式第1号 (第2条、第7条関係)

日高市ねたきり老人介護手当認定申請書 (現況届)

年 月 日

(あて先) 日高市長

住 所 日高市  
氏 名  
電 話

ねたきり老人介護手当の受給資格の認定 (現況) を関係書類を添えて申請 (届出) します。

|                       |                    |   |          |       |
|-----------------------|--------------------|---|----------|-------|
| 介<br>護<br>の<br>状<br>況 | ね た き り<br>老 人 氏 名 |   | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
|                       | 臥 床 期 間<br>及 び 原 因 | か月 (臥床の始期<br>(臥床の原因 病名  | 年 月 日    | ごろから) |
|                       | 臥 床 の 状 況          | <input type="checkbox"/> 起居動作が困難なため、常時臥床している。<br><input type="checkbox"/> 日光浴等のための離床時間を除いていつも臥床している。<br><input type="checkbox"/> その他常時臥床又はそれに準ずる状態<br>具体的に記入<br>[ ] |          |       |
| ねたきり老人との<br>続 柄       |                    |   |          |       |
| 前住所における同種<br>手当の受給の有無 |                    | <input type="checkbox"/> 有 { 前 住 所<br><input type="checkbox"/> 無 { 手当の名称  | ( 月まで)   |       |

各項目の該当する ( ) 内に  印をつけてください。

以下は記入しないでください。

|       |           |               |                |      |
|-------|-----------|---------------|----------------|------|
| 受 理   | 調 査 依 頼 日 | 調 査 及 び 確 認 者 | 決 定            | 認定番号 |
| 年 月 日 | 年 月 日     |               | 認定・却下<br>年 月 日 | 第 号  |