

第1号様式（第5条関係）

瀬戸市介護福祉手当受給資格認定申請書

平成 年 月 日

瀬戸市長 殿

申請者 { 住所 〒
電話番号
氏名 氏名 (印)
続柄 ()

次のとおり介護福祉手当の受給資格を認定してください。

要介護老人等	住所	〒 瀬戸市	電話番号	
	氏名		個人番号	
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別 男・女
	介護保険 要介護状態区分等	被保険者番号 要介護状態区分 認定された時期 平成 年 月 日から		
振込金融機関	金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座
				金融機関コード 店舗コード
	口座番号		フリガナ 口座名義人	

介護福祉手当の認定及び支払を受けるにあたり必要があるときは、要介護状態区分、生計同一者を含む住民税課税情報、介護保険（負担限度額認定）に係る簡易申告書、生活保護受給情報及び介護保険料納付情報を提示または閲覧させることに同意します。

受付	世帯課税	介護度	施設入所	保険料	電算

要介護老人等 _____ (印)

主たる生計者 _____ (印)