

様式第3号(第9条関係)

高齢者家族介護手当現況届

年 月 日

鳥羽市長 様

住 所

申請者 氏 名

㊟

(介護者) 電話番号

下記のとおり、対象者の在宅介護状況について届け出します。

記

対 象 者	住 所				被 保 険 者 番 号		
	氏名						
該 当 月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	計(ヶ月)
前 期 分							
該 当 月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計(ヶ月)
後 期 分							

※ 該当月に○印をして下さい。

ただし、在宅での介護日数が1ヶ月において15日以上であることが要件となります。

金融機関への振込口座を届け出ます。

金融機関名		支 店 名	
預 金 項 目	普通・当座・その他	口座番号	
フリガナ 口座名義			