

第 1 号様式（第 3 条関係）

（表）

在宅介護者福祉手当資格認定申請書（現況届）

年 月 日
提出日

越谷市長 宛

住所 } 主たる介護者（介護して
申請者 氏名 } いる人）の住所・氏名

在宅介護者福祉手当の受給資格の認定（現況）について、関係書類を添えて申請（届出）します。

主 た る 介 護 者	ふりがな	ふりがな		続柄	介護を受けている者 から見ての続柄
	氏 名	主たる介護者（介護している人）氏名			
	住 所	住所		電話	日中連絡がつく番号
	介護を始めた時期		年 月頃から		※介護度に関係なし

添 付 書 類	申請者が市外に住所を有する場合：住民票の写し 申請書の場合：別紙 1 現況届の場合：別紙 2 ※別紙 2 を必ず記載し、提出してください。
---------	---

振 込 先 金 融 機 関	銀行名	支店名	預金の 種 類	普 通 預 金
口 座 番 号				
フ リ ガ ナ				
口 座 名 義 人				

※網かけ箇所は記入をしてください。既に印字されている
箇所に修正があれば、赤字で訂正してください。

(裏)

介護を受けている者の状況	ふりがな	ふりがな		生年月日	年 月 日 歳
	氏名	介護を受けている者		及び年齢	
	住所	越谷市			
	介護保険の被保険者番号	10桁の番号	認定	介護保険の有効開始日	介護保険被保険者証の裏面を参照
	要介護状態区分	4または5		介護保険の有効終了日	介護保険被保険者証の裏面を参照
	上記の状態になった時期	※要介護4または要介護5になった時期			
	現在の状態	1 入院している 年 月 日から入院 (医療機関名) (病名) 2 施設に入所している 年 月 日から入所 (施設種別) (施設名) ※訪問診療の場合 も記載すること 3 医者にかかっている (医療機関名) (病名)			

家族の状況	続柄	氏名	年齢	生年月日	職業
	※介護を受けている者と同居している家族を記入				

同意書

在宅介護者福祉手当の受給資格の認定(現況)についての申請(届出)にあたり、私(主たる介護者)及び介護を受けている者の受給資格の有無等に関して、市が保有する公簿等で確認することに、当該全ての者が同意しています。

申請者氏名 主たる介護者(介護している人)氏名

※下の欄には記入しないでください。

受理	決定	認定番号
年 月 日	認定・却下 年 月 日	第 号
調査依頼日	調査及び確認者	
年 月 日	.	

サービスの内容	利用状況	
短期入所生活介護 (ショートステイ) ・ 短期入所療養介護 (医療型ショートステイ)	無 ・ ☒ 有 内訳： 4 月に 6 日利用 5 月に 10 日利用 6 月に 3 日利用 上記 3 か月の合計 19 日	
小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介に該当する 施設の通所 ・ 訪問 ・ 泊まりについて 記入してください。	☒ 無 ・ 有	通所 4 月に 日利用 5 月に 日利用 6 月に 日利用 上記 3 か月の合計 日
	☒ 無 ・ 有	訪問 4 月に 日利用 5 月に 日利用 6 月に 日利用 上記 3 か月の合計 日
	☒ 無 ・ 有	泊まり 4 月に 日利用 5 月に 日利用 6 月に 日利用 上記 3 か月の合計 日
お泊りデイサービス	☒ 無 ・ 有 内訳： 4 月に 日利用 5 月に 日利用 6 月に 日利用 上記 3 か月の合計 日	
上記以外の在宅サービス	無 ・ ☒ 有	

通所介護（デイサービス）、通所リハビリ（デイケア）、訪問介護（ヘルパー）、
 訪問入浴、訪問リハビリ、訪問介護のうち一つでも利用があれば有に丸をつけ
 てください。

※いずれも小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護を除きます。