**介護手当継続支給申請書**

様式第二十八号（第六十五条関係）

㊳

大阪府知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏 名 | |  | | | 明治  大正　　　年　　　月　　　日生  昭和 | | | | | | | | 男・女 | | | | |
|  | | |
| 居住地 | | 郵便番号  電話番号　　　（　 　） | | | 被爆者健康手帳の番号 | | 公費負担者  番　　　号 | | 1 | 9 | 2 | 7 | | 6 | 0 | 1 | 3 |
| 公費負担医療の受給者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 介護を受ける場所 | | 1.　自　　　宅  名　称  所在地  2.　病院又は診療所  名　称  所在地  3.　そ　の　他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護に従事する者 | 名称又は氏名 | | 所在地又は住所 | 本人との続柄  （親族のみ） | | 区　　　分 | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | 1 介護サービス事業者  2 親　族（ イ 同居　 ロ 別居 ）  3 その他（　　　 　 　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | 1 介護サービス事業者  2 親　族（ イ 同居　 ロ 別居 ）  3 その他（　　　　 　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | 1 介護サービス事業者  2 親　族（ イ 同居　 ロ 別居 ）  3 その他（　　　 　 　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 保健所受付欄 | | | | | | | | 備　考  ○　身体障害者手帳  （　有　　　級・　無　） | | | | | | | | | |