様式第二十八号(第六十五条関係)

介護手当継続支給申請書

福岡県知事　　　　殿

令和　　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 | |  | |
| 介護を受ける場所 | | | 1　自宅 | | | | | | | |
| 2　その他 | | | 名称  所在地 | | | | |
| 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　(　　　　　　　　　　) | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

(A列4番)