**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　） |