

申 立 書

令和 年 月 日

広島市長

私は、介護手当の請求に関し、次のとおり相違ないことを申立てます。

申 立 者 (介護を行っている者)	住所	広島市 区	電話	日中連絡がとれる番号
	氏名		介護を受けている 被爆者からみた 続 柄	
申 立 事 項	介護を受けている 被 爆 者	氏名		
	介 護 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	介護の内容 (食事・排泄・入浴 ・洗顔など 一日中に行った 身のまわりの世話 について 具体的に記入して ください。)			
	施設等入所・入院 の状況 施設等入所・入院の 有無が「有」の方は 期間を記入してくだ さい。 (年月日は正確に)	施設等入所・入院の有無 *ショートステイも含みます (該当に☑をしてください)	☐ 無	☐ 有
		施設等入所 入 院 の期間 *ショートステイも記載してください	施 設 等 医療機関 の名称	
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		

申 立 書（継続紙）

令和 年 月 日

広島市長

私は、介護手当の請求に関し、次のとおり相違ないことを申立てます。

申 立 者 (介護を行っている者)		住所	広島市 区	電話	日中連絡がとれる番号
		氏名		介護を受けている 被爆者からみた 続 柄	
申 立 事 項	介護を受けている 被 爆 者	氏名			
	施設等入所・入院 の状況 施設等入所・入院の 有無が「有」の方は 期間を記入してくだ さい。 (年月日は正確に)	施設等入所 入 院 の期間 *ショートステイも記載してください		施 設 等 医療機関 の名称	
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		
		年 月 日 ～	年 月 日		

※ 「申立書」の「施設等入所・入院の状況」欄に、全て記載できなかった場合
この用紙に記載してください。