

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	<p>(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。)</p>			
施設等入所・入院の状況	施設等入所・入院の有無 *ショートステイも含まます (該当に☑をしてください)		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有
	施設等入所の期間 入院 *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		
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)					

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			

※ 「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。