

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 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			

※ 「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。