

# 介護手当継続支給申請書



山口県知事 様

年 月 日提出

氏名	(ふりがな)				明治	年	月	日生	男・女
					大正				
居住地	〒				被爆者健康 手帳の番号				
	電話番号	( )							
介護を受ける場所	1 自宅								
	2 病院又は診療所	名称	〔 )						
	3 その他	名称	〔 )						
介護に従事した者	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 □ 別居 ) 3 その他 ( )					
				1 介護サービス事業者 2 親族 (イ 同居 □ 別居 ) 3 その他 ( )					
				1 介護サービス事業者 2 親族 (イ 同居 □ 別居 ) 3 その他 ( )					
備考									