

境町家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

境町長 殿

申請者(介護者) 住所 境町

氏名

印

要介護者との続柄 ()

電話番号

下記のとおり、境町家族介護慰労金の支給を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|----|------|------|--|--|--|--|--|--|--|----------|-------|---|---|---|--|--|
| 被 保 険 者 (要 介 護 者) | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ふりがな | | | | | | | | | | | | 生年 月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 氏名 (介護を受けている方) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 境町 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護状態区分及び認定有効期間 | 要介護 () 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 慰労金支給対象期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 対象期間中の入院の有無 | なし あり (年 月 日 ~ 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象期間中に利用した短期入所サービスの有無 | なし あり (日間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介 護 者 | 振 込 先 | 銀行 | 本店 | 預金種目 | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 信用金庫 | | 支店 | 普通 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 信用組合 | 出張所 | 当座 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 農協 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ふりがな | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人(介護者) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る審査に必要な下記の情報について、町が調査することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①被保険者及び介護者の世帯の課税状況及び収納状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②被保険者の介護保険給付状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③被保険者の医療給付状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

町確認欄

| | | | | | |
|---------|---------------|------|--------|----------|-----|
| 要介護状態区分 | 要介護4・要介護5 | 課税状況 | 課税・非課税 | 医療給付状況 | 有・無 |
| 認定の有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 滞納状況 | 有・無 | 介護保険利用状況 | 有・無 |