

境町在宅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、境町在宅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 <small>(介護を受けている方)</small>											
	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 支店 出張所	預金種目		口座番号						
		信用金庫 信用組合 農協		普通 当座								
	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3・要介護4・要介護5	医療給付状況	有 ・ 無	介護保険利用状況	有 ・ 無
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	滞納状況	有 ・ 無	家族介護慰労金支給	有 ・ 無