

境町家族介護慰労金支給申請書兼請求書

年 月 日

境町長 殿

申請者(介護者) 住所 **境町**

氏名



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 100,000 円の支給を申請・請求します。

被 保 険 者 (要 介 護 者)	介護保険被保険者番号												
	ふりがな												
	氏名 <small>(介護を受けている方)</small>		生年 月日		大・昭・平 年 月 日								
	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 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所		預金種目		口 座 番 号					
						普通 当座							
	ふりがな												
	口座名義人(申請者)												
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・請求者住所													
申請・請求者氏名													
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