

境町在宅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、境町在宅介護慰労金 30,000 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						生年 月日	大・昭・平 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 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