

家族介護慰労金支給申請書

フリガナ								被保険者番号					
要介護者氏名													
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)							性別		男 ・ 女			
住 所	〒 三種町												
要介護4又は5の状態になった日	年 月 日から							介護度	要介護4 ・ 要介護5				
支給対象期間	年 月 日から 年 月 日まで												
介護サービスの利用状況	支給対象期間に介護保険によるサービスの利用を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない サービスの種類及び期間 ()												
入院・施設入所の状況	支給対象期間に入院・施設入所を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 入院・施設入所の種類及び期間 ()												
<p>三種町長 様</p> <p>上記のとおり、家族介護慰労金支給の申請をします。</p> <p>なお、この申請の支給要件確認にあたり申請者及び要介護者の属する世帯の介護保険料、後期高齢者医療保険料及び町税等の納付状況、町民税課税状況並びに要介護者の要介護状態区分、介護保険サービス等の利用状況に関し調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>申請者（介護者） 住 所 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">※要介護者との関係 () 電話</p>													

※家族介護慰労金を次の口座に振り込んでください。

振込口座	金融機関											
	支店名											
	口座種別	普通 ・ 当座										
	口座番号											
	フリガナ 口座名義人											

町確認欄（こちらには記入しないでください。）

要介護状態区分	認定日	年	月	日	要介護度 ()	受 付
課税状況		課 税			・ 非課税	
町税納付状況	滞 納	有			・ 無	
後期高齢者医療保険料	滞 納	有			・ 無	
介護保険料納付状況	滞 納	有			・ 無	
介護サービスの利用状況		有			・ 無	
入院・施設入所の状況		有			・ 無	
決定区分		決 定			・ 却 下	
決定年月日	年 月 日	支給対象月	年 月 日	～	年 月 日	