

第1号様式

家族介護慰労金支給申請書

フリガナ			被保険者番号			
被保険者氏名 (要介護者)			要介護度	3・4・5	介護期間	年 月 から
生年月日	年 月 日					
住 所	電話番号				性別	年 齡
					男・女	歳
世帯状況	氏 名	続柄	生年月日	職 業	備 考	
介護保険のサービスを利用していない期間			年 月 ~ 年 月			
<p>宿毛市長 様</p> <p>上記のとおり、在宅において要介護3以上又はそれに該当する状態であると市長が認める者を介護しているので、介護慰労金の支給を申請します。</p> <p>この申請に伴って、必要があるときは、申請者・要介護者・世帯員の状況等について、宿毛市長また担当課長が関係機関・部署に照会し、確認することを承諾し、実態調査が行われることに同意します。</p> <p>なお、申請内容に偽りのあった場合は、慰労金を返還します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 (介護者) 氏 名 電話番号</p>						

家族介護慰労金を下記の口座に振り込んでください。

金 融 機 関	店 名	種 別	口 座 番 号
銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所 出張所	1. 普 通 2. 当 座	
フリガナ			
口座名義			

宿毛市記入欄

受 付 日

課 長	補 佐	係 長	担 当