

家族介護慰労金支給申請書

宿毛市長 様

家族介護慰労金の支給を申請します。

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 齢
					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			
【添付書類】 ・戸籍謄抄本またはパートナー（ファミリー）シップ登録証の写しなど申請者と要介護者の関係が確認できるもの ※私は、この申請に必要となる要介護者及び申請者の世帯全員の医療情報、介護保険情報、市民税課税情報及び介護保険料収納状況について、関係部署から必要な情報を取得し、実態調査が行われることに同意します。 また、この申請に必要となる要介護者及び申請者の住民基本台帳を閲覧することに同意します。 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。 年 月 日 申請者 住 所 (介護者) 氏 名 電話番号						

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			