家族介護慰労金支給申請書

　　年　　月　　日

（宛先）西尾市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　西尾市

　　　　　　　　　　　　　　（介護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ねたきり高齢者等との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　下記のとおり、家族介護慰労金の支給を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ねたきり高齢者等 | 住　　所 |  西尾市 | 電 話 |  |  |
| フリガナ氏　　名 |  | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　明治・大正・昭和 　　　　　　　　　年　　月　　日 | 年 齢 | 　　　　歳 |
| 介護保険　被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 続柄 | 性別 |  | 職　業　等 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 介護者 | 振込先金融機関名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人 |  |
| 　　　　銀行　　　　信用金庫　　　　農協店 | 普通預金当座預金 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
|  | 金融機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |

　ねたきり高齢者等の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　６ヶ月間、要介護４または５でしたか | はい ・ いいえ |  |
| 　６ヶ月間、在宅で過ごされましたか | はい ・ いいえ |
| 申請6ヶ月前に入院していませんか | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　　（入院先：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　　（入院先：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　　（入院先：　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 　市民税非課税世帯ですか | はい ・ いいえ |  |
| 　申請6ヶ月前から介護保険のサービスを使いませんでしたか | はい ・ いいえ |  |
| 申請6ヶ月前に　ショートステ　イしてません　か | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　　（入所先：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　　（入所先：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　　（入所先：　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 　介護保険料の滞納はありませんか | はい ・ いいえ |  |
| 　申請年度に、この慰労金を受給していませんか | はい ・ いいえ |  |
| 　市内在住ですか | はい ・ いいえ |  |
| 　以上の項目について、担当部局にて確認をすることに同意しますか | はい ・ いいえ |  |