

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	
	世帯員氏名	続柄	性別	生年月日	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		フリガナ	
	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