

宝達志水町在宅介護者支援事業家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電 話 (要介護者との続柄)

家族介護慰労金の支給を受けたく、宝達志水町在宅介護者支援事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

要介護者	住 所	宝達志水町			
	フリガナ		性 別	生 年	大・昭
	氏 名		男・女	月 日	年 月 日
要 件 (※必要事項を記入し、該当・非該当に○をつけてください。)	介護度：要介護（ <u>2</u> ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） ※認定調査時の主治医意見書「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上である。（ はい ・ いいえ ） 認定日：平成・令和 年 月 日				該当・非該当
	上記の状態認定有効開始日から3箇月以上在宅で介護をしている。 （在宅介護開始日：平成・令和 年 月 日）				該当・非該当
	要介護者が月の半数以上短期入所や入院をしていない。				該当・非該当
	過去1年間に、介護サービスを全く利用していない。				該当・非該当
	サービスを利用している方でも、次の2点のいずれかに該当する場合は、対象となります。該当する箇所に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 1年間の介護サービスの利用日数の合計が10日以内である。 <input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスは、福祉用具貸与、特定福祉用具購入又は住宅改修のみである。				
振込先 <u>(申請者の口座名義)</u> ※添付：通帳等口座が分かるものの写し	金融機関	銀行・信用金庫・農協		支店	
	口座番号（普通 ・ 当座）				
	口座名義（カタカナ）				
上記事項について相違ありません。万一、虚偽であることが確認された場合は、速やかに慰労金を返納します。また、この申請に係る世帯についての町税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料に関する調査をすることに同意します。（※原則、町税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料に滞納がある場合は、支給されません。） 申請者氏名 _____					
町 記 入 欄	納付状況	町 税 等： 滞 納 （ 無 ・ 有 ）	介護保険料： 滞 納 （ 無 ・ 有 ）		
	支給開始月	後期高齢者医療保険料： 滞 納 （ 無 ・ 有 ） 年 月			