様式第1号(第6条関係)

家族介護慰労金支給申請書

令和　　年　　月　　日

　　桜川市長　　　　様

申請者　住所

(電話番号　　　　　　　　)

氏名

　桜川市家族介護慰労金支給事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり家族介護慰労金の支給を申請します。また、支給対象者要件確認のため、桜川市家族介護慰労金支給事業実施要綱第7条の規定により関係諸帳簿を閲覧することを同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護者の状況 | 住所 | 　 |
| 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 要介護 | 4・5(申請中) | 認定(申請)年月日　　　年　　月　　日 |
| 介護保険サービス利用及び保険医療機関入院の有無(　有・無　)利用サービスの種類(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)医療機関名　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)利用サービス・医療機関入院の7月31日以前、過去1年間の日数　　　　利用サービス日数(　　　　日間)・入院日数(　　　　日間) |
| 主たる介護者の状況 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 上記者との続柄 | 　 |
| 介護を開始した時期 | 年　　　　月頃 |

　上記の記載事項に相違ありません。なお記載事項に事実と異なる事項が記入されていた場合には、桜川市家族介護慰労金支給事業実施要綱第9条により受領した慰労金は返還いたします。

※振込口座(主たる介護者の口座を記入して下さい。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込金融機関 | 銀行・信用金庫信用組合・農協 | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 1普通2当座 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |