

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							