

様式第1号(第5条関係)

家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

(あて先) 臼杵市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

臼杵市家族介護慰労事業実施要綱第5条第1項の規定により次のとおり申請します。

要介護 高齢者	住 所	臼杵市				
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名		年 齢	歳		
	介護保険要介護認定結果		要介護4 ・ 要介護5			
	要 介 護 認 定 日		年 月 日			
	介護保険被保険者証番号					
	入 院 歴	病 院 名				
期 間		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日			
介護者	氏 名		生年月日	年 月 日		
	要介護高齢者との続柄			年 齢	歳	
	支給対象期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
同 居 家 族 の 状 況						
氏 名		続柄	生年月日	氏 名	続柄 生年月日	

(注) 介護保険被保険者証の写しを添付してください。

同 意 書

臼杵市家族介護慰労事業実施要綱第3条第2項に規定する支給要件に係る課税状況の調査については、同意します。

申請者 住 所
氏 名