

久留米市家族介護慰労金支給申請書

久留米市長 あて

久留米市家族介護慰労金支給要綱に基づき、次のとおり家族介護慰労金の支給を申請します。

申請者 (介護者)	氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
要介護者	氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	年 月 日
	住所		申請者との続柄	
	被保険者番号		介護認定区分	要介護4 要介護5
世帯状況	氏名	要介護者との続柄	年齢	備考
支給の対象となる介護期間 <small>(要介護4又は5に認定されて介護した期間)</small>		年 月 日 ~ 年 月 日		
介護期間中の介護保険サービス (福祉用具貸与・販売、住宅改修を除く)の利用の有無 <small>(「有」の場合は、利用サービス名・利用日数を記入して下さい。)</small>	無・有	(サービス名)	(日/年)
		(サービス名)	(日/年)
		(サービス名)	(日/年)
介護期間中の入院の有無 <small>(「有」の場合は、入院病院名、入院期間を記入して下さい。)</small>	無・有	入院病院名()	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		入院病院名()	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

振込金融機関名	銀行・農協		支店・支所・出張所	
口座番号	普通・当座		ふりがな 口座名義	※申請者(介護する人)本人名義の口座に限る

上記介護者が介護していることを確認しました。

調査日	年 月 日	地域包括支援センター 氏名
-----	-------	---------------

市確認欄	介護者	要介護者
	<input type="checkbox"/> 家族介護慰労金支給申請書 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 預貯金通帳の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し(65歳以下の方のみ) <input type="checkbox"/> 介護保険証の写し(65歳以上の方のみ) <input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(国民健康保険)被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し(介護者名と要介護者名の両方が記載の場合は不要) <input type="checkbox"/> 同意書