

川越市家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

(提出先)

川越市長 川 合 善 明

申請者 住 所

氏 名

介護を要する高齢者との続柄 ()

電話番号 ()

以下により、家族介護慰労金の支給を申請します。

※申請する方は、介護を要する高齢者を主に介護している方に限ります。

介護を要する 高齢者	住 所	川越市			電話番号	()		
	フリガナ 氏 名	.....		生年月日 (年齢)	年 月 日	(歳)	
	要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	介護給付を受けなかった期間	年 月 日～		年 月 日				
	施設入所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		施設名 ()				
	医療入院のあった期間	年 月 日～		年 月 日		年 月 日～		年 月 日
家 族	住 所	川越市			電話番号	()		
	フリガナ 氏 名	.....		続柄	生年月日 (年齢)	年 月 日	(歳)
	フリガナ 氏 名	.....		続柄	生年月日 (年齢)	年 月 日	(歳)
	フリガナ 氏 名	.....		続柄	生年月日 (年齢)	年 月 日	(歳)
	フリガナ 氏 名	.....		続柄	生年月日 (年齢)	年 月 日	(歳)

慰労金 振込先	金融機関				支店名	
	口座種類		口座番号		フリガナ 名義人	.....

同意書	上記申請に係る審査に必要な下記の情報について、市が調査することに家族全員が同意します。					
	① 介護を要する高齢者の介護保険給付状況 ② 介護を要する高齢者の医療給付状況 ③ 家族全員の市民税課税状況					
					家族代表者	印