

家族介護慰労金給付申請書

年 月 日

函館市長 あて

次のとおり、家族介護慰労金の給付を申請します。
 申請者（介護者）および被介護者は、市が給付の可否を決定する際に、被介護者の介護保険関係情報および入院履歴、申請者（介護者）世帯および被介護者世帯の市民税の課税状況を調査することに同意します。

申請者 (介護者)	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名											年齢	() 歳		
	住所	〒													
	電話番号											被介護者との関係(続柄)			
被介護者	被保険者番号											要介護度	2・3・4・5		
	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名											年齢	() 歳		
	住所	〒										電話番号			
	対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日													
振込先 (金融機関 ゆうちょ 銀行以外)	銀行 信用金庫	本店			普通 当座 貯蓄			口座番号							
	フリガナ														
	口座名義人														
振込先 (ゆうちょ 銀行)	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄に記入)					通帳番号 (右詰で記入)									
						※									
	フリガナ														
	口座名義人														
※ゆうちょ銀行(郵便局)の通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された、記号および番号を記入してください。															

※裏面には記入しないでください。

函館市記入欄

介護状況 確認欄		
	受付者	氏名：

課税状況	申請者（介護者）世帯	課税 ・ 非課税
	被介護者世帯	課税 ・ 非課税
生活保護受給 状況	申請者（介護者）世帯	該当 ・ 非該当
	被介護者世帯	該当 ・ 非該当
認定状況	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日 要介護 5・4・3・2() 年 月 日～ 年 月 日 要介護 5・4・3・2() <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区変中（申請日： 年 月 日）
長期入院状況	・入院なし ・入院あり 要件内 ・ 要件外 (日間)	
介護サービス 利用状況	・利用なし ・利用あり 要件内 ・ 要件外 (日間)	
決定区分	該当 ・ 非該当	担当者：