



函館市家族介護慰労事業のご案内



1 目的

在宅の要介護者を抱えるご家族に慰労金を支給することにより、ご家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を目的として実施しています。

2 支給対象者

＜対象期間1年間 および 申請日時点で
次の要件をすべて満たしているご家族＞

- 申請されるご家族および要介護者が本市に住所を有していること
- 申請されるご家族および要介護者の世帯が 市民税非課税世帯 であること
- 要介護2（認定調査時の主治医意見書において「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上のものに限る）または要介護3・4・5と認定されていること
- 対象期間1年間の 介護保険サービス利用日数の合計が10日以内（福祉用具貸与、特定福祉用具販売および住宅改修を除く）であること
- 要介護者は 対象期間1年間に通算90日を超える入院をしていない こと
- 在宅で介護していること
- 申請されるご家族が生活保護受給者でないこと



* 上記の6つの□をすべて満たすご家族の方は、申請書を提出してください。
(満たさない方は申請をする必要はありません。)

3 申請方法等について

「家族介護慰労金給付申請書」に必要事項を記入のうえ、下記あてに郵送してください。

郵送先：〒040-8666 函館市東雲町4番13号
函館市保健福祉部高齢福祉課

- * 申請後、介護状況等の聞き取り調査のため、市から申請者へ電話をします。
- * 申請からおおむね1か月程度で決定通知または却下通知を送付する予定です。

4 支給額

年1回10万円を支給します。