



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7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。