

介護慰労金支給申請書

令和 年 月 日

網 走 市 長 様

介護慰労金の支給について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請にあたって、被介護者の介護認定・介護保険サービス利用状況に関する書類等の閲覧及び網走市企画総務部税務課保有の資料により課税額等及び保険年金課保有の資料により医療機関への受診状況等を調査・確認することに同意します。

申 請 者 (介護している家族)	フリガナ氏 名		被介護者との関係	
	住 所	網走市	電話番号	—
被 介 護 者 (介護を受けている方)	フリガナ氏 名		要介護度	(最新の介護度)
	住 所	網走市	認 定 年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日 新 規 ・ 更 新
振 込 先 (申請者名義)	金融機関名 銀行・信金・信組・農協・漁協 本店(所)・支店(所) 口座番号(普通・当座) 口座名義人氏名			
申 請 書 代理提出者	所属 氏名			

※ 上記太枠内のみ記入してください。

調 査 項 目						
要 介 護 度	被保番号〔 〕		認 定 年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日	新 規 更 新 (⇒)	
	要介護度〔 〕					
課 税 状 況	被介護者本人	非課税・課 税 (年度課税額 円) ・ 生 保				
	被介護者世帯	非課税・課 税 (年度課税額 円) ・ 生 保				
介護サービス 利用状況	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)
	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)
	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)
	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)
	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)
	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)	未利用期間	ヶ月・ショート利用(日)	
	年 月	無・有〔 〕	ショート(日)			
介護慰労金 支給決定額	要綱第 2 条第 1 項第 号該当により 円				支給者 番 号	
※ 決裁欄						
部 長	課 長	係 長	主 査	係	上記調査の結果、支給を決定(却下)すること としてよろしいか伺います。	
					令和 年 月 日 担当者 印	