

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

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	☐ 要介護4 ☐ 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	☐ 無 ☐ 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				