

様式第1号(第5条関係)

鶴ヶ島市家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

(あて先) 鶴ヶ島市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )  
利用者との続柄

鶴ヶ島市家族介護慰労金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。  
記

介 護 者	住 所	鶴ヶ島市	電話番号	
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )		
要介護者等	住 所		電話番号	
	氏 名	( 介護者との続柄 )	性 別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )		
	介護保険被保険者番号			
	要介護認定等の状況	( 認定年月日 : 年 月 日 )		
有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日				
介護期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月 )			
介護の状況				
要介護者等の状況				

介護状況欄には、居宅介護状況、サービス利用状況、入院状況を含んだ現在の介護状態を記入してください。

慰労金支給の決定の際、必要に応じて要介護認定に係る調査結果、国民健康保険・老人医療診療報酬明細書を閲覧すること、及び地域包括支援センターなどへ意見を求めることに同意します。

要介護者又は介護者 氏名 \_\_\_\_\_