

家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

道志村長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号



道志村家族介護慰労金支給事業実施要綱第5条の規定により支給されるよう、次のとおり申請します。

要介護認定者の状況	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生 歳
	住 所	道志村		電話番号	
	最 新 の 認 定 日	年 月 日		被保険者番号	
	要介護認定と有効期間	1 要介護4 2 要介護5 3 その他()		年 月 日まで	
	介護支援事業所名			介護支援専門員	
	入院・入所の有無	1 あり(入院 日・入所 日) 2 なし ありの場合、別紙1に記載すること			
	短期入所サービス日数	1 あり(日) 2 なし ありの場合、別紙1に記載すること			
	資格喪失者	1 死亡(年 月 日) 2 転出(年 月 日)			
	世帯人員	人		世帯主	
介 護 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	道志村		電話番号	
	職 業			要介護者との続柄	
慰 労 金 振 込 口 座	金融機関名				
	支 店 名			種 目	普 通 ・ 当 座
	口 座 番 号				
	口座名義人(申請者)				

家族介護慰労金を申し込むため、以下のことを調査することに同意します。

要介護認定審査会による認定結果及び介護保険サービス利用の有無

要介護者及び家族の介護・国保・後期高齢者医療保険料及び村税の納付状況

要介護者の入院履歴の情報

氏 名 _____

別紙1

(年度)

4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
7月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		
3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

医療機関への入院期間には○印を、介護保険施設への入所期間に 印を記入してください。また、短期入所サービス利用期間は 印を記入してください。

医療機関への入院日数の計（○印の計）	日
介護保険施設への入所日数の計（ 印の計）	日
短期入所サービス利用日数の計（ 印の計）	日