

家族介護慰労金資格認定申請書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

住 所
申請者 氏 名
被介護高齢者等との続柄 ()
電話番号

家族介護慰労金の受給資格の認定について、関係書類を添えて申請します。

被 介 護 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	介護保険要介護認定	要介護度		介護サービス利用	有 ・ 無
世 帯 の 構 成	続柄	氏 名	生年月日	介 護 者	生計中心者
			年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

支 払 希 望 金 融 機 関	金融機関名・支店名	
	フリガナ	
	口座名義人(申請者)	
	口座番号	普通・当座

- ※ 介護保険被保険者証の写を添付して下さい。
- ※ 口座名義人は、申請者本人のものを記入し、通帳の写（表紙をめくったページ）を添付して下さい。
- ※ 現在利用中の介護サービス 種類 () () () ()

家族介護慰労金受給資格確認のため、介護サービスの利用状況、介護保険料の納付状況、医療保険受給状況並びに在宅重度心身障がい者手当及び特別障害者手当の受給状況を照会することに同意します。

介護を受けている方 氏名.....

介護をしている方 氏名.....