

家族介護慰労金支給申請書

平成 年 月 日

江東区長 殿

下記のとおり申請します。

申請した日を記入して下さい。

介護をしていた家族の方 (申請者)	フリガナ氏名	コウトウ イチロウ 江東 一郎	被介護者から見た続柄	長男
	住所	県 市 4 - 11 - 28		世帯
	電話	() × × × ×		非課税確認
介護を受けていた方 (被介護者)	フリガナ氏名	コウトウ タロウ 江東 太郎	生年月日	明治・大正・昭和 4 年 6 月 8 日
	住所	江東区東陽 4 - 11 - 28		世帯
	電話	(3647) 4319		非課税確認
対象となる介護期間	20 年 4 月 1 日 ~ 21 年 3 月 31 日		要介護	4 ・ ⑤
介護の状況				

介護をしていた家族の方の氏名、続柄、住所、電話番号を記入して下さい。

介護を受けていた家族の方の氏名、生年月日、住所、電話番号を記入して下さい。

介護を受けていた方の介護度について該当する項目に付けて下さい。

対象となる介護期間を記入して下さい。

介護の状況を詳しく記入して下さい。

対象期間中入院 有 ・ 無 (いずれかに○)

対象期間中入院有の方は期間、病院名等記入してください。

対象となる介護期間中の入院の有無について、どちらかにを付けて下さい。

入 院 期 間				日 数	病 院 名		
年	月	日	~	年	月	日	
年	月	日	~	年	月	日	
年	月	日	~	年	月	日	
年	月	日	~	年	月	日	
年	月	日	~	年	月	日	
合 計							

対象期間中入院有の方は期間、病院名等を記入して下さい。

・同意事項
 当事業において必要なサービス提供のため、私の所得状況ならびに要介護者の所得状況、介護保険認定状況、介護保険サービス利用状況の情報を調査することに同意します。

申請者本人が自筆で署名して下さい。

署名 江東 一郎

受付場所

受付者