別記様式第１号(第４条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  関　市　長　様  関市ねたきり高齢者等介護者慰労金支給申請書  　ねたきり高齢者等介護者慰労金の支給を受けたいので、関市ねたきり高齢者等介護者慰労金支給要綱第４条第１項の規定により申請をします。なお、介護保険料の納付状況を確認されることを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (主たる  介護者) | | 住所 | 〒 | | | | 電話番号 | |  | | | | | FAX | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | 男・女 | | 高 齢 者  との続柄 | | | | |  |
| 印 | | | | | | | | |
| 要  介  護  高  齢  者  の  状  況 | 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | 男・女 | | 生年月日 | | | 大正  　　　　　年 　　月　 　日  昭和 | | | |
|  | | | | | | | | |
| 状態 | １　ねたきり高齢者　　　２　認知症高齢者 | | | | | | | | | 要介護状態に  なった時期 | | | | 平成　　 　年　　　月　頃から | | | | |
| 介護保険被保険者番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護度 | | 要介護４(　　年　　月から) 　要介護５(　　年　　月から) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請期間の入院状況（確認させていただく場合があります。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院施設名 | | | | | | | 入院時期 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 年 　　月 　　日 ～ 　　 　　年 　　月　 　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 年 　　月 　　日 ～ 　　 　　年 　　月　 　日 | | | | | | | | | | | |
| 振  込  先 | 振込先  金融機関 | | | 銀行　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　支店  　　　　　　　　農協　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | | | | 種  類 | | 普通　・当座  他（　　　　　） | |
| 店 番 | | | 口 座 番 号 | | | | | | 名義人 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 市記入欄 | 支給の要否 | | | | | 支　　給　・　不 支 給 | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用 | | | | | 利用あり　・　利用なし | | | | | | | | | | | | | |
| 入院日数 | | | | | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険料納付状況 | | | | | 完　　納　・　滞　　納 | | | | | | | | | | | | | |