

(様式第1号)

福山市家族介護慰労金支給申請書

被介護者名前		②介護保険被保険者番号									
フリガナ カイゴ タロウ		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
①	介護 太郎	③ 生 年 月 日									
		1927年 2月 3日									
④	要介護	基準日	○ 年 4月 3日 (有: 要介護4・5, 無: 認定申請する・調査承諾する)								
	認定結果	該当日	○ 年 4月 4日 (有: 要介護4・5, 無: 状態証明書)								
⑤ 世帯状況	名 前	続柄	生 年 月 日								
	(世帯主) 介護 太郎	本人	1927年 2月 3日								
	(被介護者) 介護 太郎	本人	1927年 2月 3日								
	介護 次郎	子	1957年 10月 5日								
			年 月 日								
			年 月 日								
【注意】 1 被介護者と同居されている世帯員全員を記入してください。 2 続柄は、被介護者から見た続柄を記入してください。											
<p>福山市長様</p> <p>福山市家族介護慰労金支給要綱第3条第1項各号の要件を満たしていますので、関係書類を添えて家族介護慰労金の支給を申請します。</p> <p>なお、この申請に関して、私の世帯の所得及び住民記録の調査に同意します。また、給付に際しては、次の口座に振り込んでください。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>⑥ 住所 福山市 東桜町 丁目 3 番 5 号 申請者 (介護者) フリガナ 介護 次郎 (印) 電話番号 (084)928-xxxx</p>											
<p>※この欄は、被介護者と申請者（介護者）の世帯が異なる場合に記入してください。</p> <p>この申請に関して、私の世帯の所得及び住民記録の調査に同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>⑦ 住所 福山市 町 丁目 番 号 被介護者 名前 (印)</p>											
⑧ 口座振込 依頼欄	金融機関名	本・支店(所)名	種目	口座番号							
	福山介護銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店(所) 東桜町 支店(所) 出張所	①普通預金 ②当座預金 ④貯蓄預金 ⑨その他	1	2	3	4	5	6	7	
※必ず郵便局以外としてください。											
フリガナ		カイゴ ジロウ									
口座名義人 (介護者)		介護 次郎									

【注意】 現況届（様式2号）を必ず添付してください。

- ① 介護を受ける人の名前及びフリガナを記入してください。
- ② 介護を受ける人の被保険者番号を記入してください（被保険者番号は、被保険者証又は資格者証に記載されています）。
- ③ 介護を受ける人の生年月日を記入してください。
- ④ 介護を受ける人の基準日及び該当日における要介護認定の有無及び要介護度について、該当するものに○印を記入してください。
*基準日＝申請日、該当日＝基準日から1年前の日
- ⑤ 介護を受ける人の世帯全員について、名前、世帯主から見た続柄、生年月日を記入してください。
- ⑥ 介護をする人の住所、名前、電話番号を記入し、押印（認印）してください。
- ⑦ 介護をする人と介護を受ける人の世帯が異なる場合、介護を受ける人の住所、名前を記入し、押印（認印）してください。
- ⑧ 介護をする人が慰労金を受け取る金融機関（郵便局を除く）の名称、店名、口座種目、口座番号と、口座名義人の名前及びフリガナ（金融機関に届出ているとおりのもの）を記入してください。

記入例

(裏面)

■該当日から基準日までの間で、介護保険施設・医療機関に入所・入院したことがある場合は記入してください(介護保険の短期入所は除く。)

⑨	施設名	種別*	期 間	年	月	日
	所在地	電話番号() -		~	年	月
②	施設名	種別*	期 間	年	月	日
	所在地	電話番号() -		~	年	月
③	施設名	種別*	期 間	年	月	日
	所在地	電話番号() -		~	年	月

*種別欄へは、次の中から該当する番号を記入してください。

- 指定介護老人福祉施設・・・1
- 介護療養型医療施設・・・2
- 指定介護療養型医療施設・・・3
- 医療機関(3を除く)・・・4
- その他の施設(指定認知症対応型共同生活介護事業所, 指定特定施設入所者生活介護提供施設, 社会福祉施設等)・・・5

■該当日から基準日までの間において、被介護者は介護保険のサービスを受けたことがありますか。

⑩ ア 受けた..... イ ショートステイを 7 日・2 その他のサービス ()
 イ 受けていない

(※この欄からは、要介護認定の申請をしていない場合のみ記入してください。)

訪問調査承諾書(次の連絡票へも記入してください。)

私の要介護度について、訪問調査を受けることに同意します。
 ⑪ 年 月 日
 申請者 名 前 印

連絡票(調査日時打ち合わせ用)

⑫	連 絡 先	名 前	電話番号() -
	※勤務先等自宅以外へ連絡希望の場合は、勤務先等を記入してください。	住 所 (勤務先等)	
		そ の 他 ※伝えておきたいこと を記入してください。	確実に連絡が取れる時間帯

※ 福山市記入欄(この欄は記入しないでください。)

受付時確認欄		審査・入力等確認欄		
受付	申請要件確認	決定年月日	非課税(介)	備考
支 受付者名	40歳以上	在 宅	年 月 日	
	基準日 該当日			
	要介護4・5	現況届	介護給付	資格継続
	基準日 該当日			非課税(要)
来庁者区分	名前・続柄			
<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	(被介護者との関係) (名前)		オンライン	照 合

- ⑨ 介護を受ける人が、該当日から基準日までの間に施設又は医療機関に入所・入院したことがある場合、施設の名称、所在地、入所・入院期間を記入してください。
- ⑩ 介護を受ける人の該当日から基準日までの間における介護保険サービスの利用の有無及びそのサービスの種類を記入してください。
- ⑪ 表面の④で、基準日の要介護認定の有無で「無」に○をつけた場合、訪問調査を行いますので、介護を受ける人の名前を記入して、押印してください。
- ⑫ 訪問調査の日程調整をするための連絡先について、必要事項を記入してください。