

福山市家族介護慰労金支給申請書

被 介 護 者 名			介 護 保 険 被 保 険 者 番 号			
フリガナ						
			生 年 月 日			
			年 月 日			
要 介 護 認定結果	基準日	年 月 日	有：要介護 4・5 、 無：認定申請する・調査承諾する			
	該当日	年 月 日	有：要介護 4・5 、 無：状態証明書			
世 帯 状 況	名	前	続 柄	生 年 月 日		
	(世帯主)			年 月 日		
	(被介護者)			年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
【注意】 1 被介護者と申請者（介護者）の属する世帯構成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。						
福 山 市 長 様 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。 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。 年 月 日 住 所 市 町 丁目 番 号 申請者 (介護者) フリガナ 番地 名 前 電話番号 () ー						
(※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。) 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。 年 月 日 被介護者 フリガナ 名 前						

(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、記入してください（介護保険の短期入所は除く。）。

①	施設名		種別	*	期 間	年	月	日
	所在地	電話番号（ ） —						
②	施設名		種別	*	期 間	年	月	日
	所在地	電話番号（ ） —						
③	施設名		種別	*	期 間	年	月	日
	所在地	電話番号（ ） —						

* 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、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。

ア 受けた………… 1 ショートステイを 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。

年 月 日

申請者 名 前

□ 連絡票 (調査日時打ち合わせ用)

連 絡 先	名 前	電話番号 () —
	住 所	
	(勤務先等)	
※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。	確実に連絡が取れる時間帯	
そ の 他		
※ 伝えておきたいことを 記入してください。		

※ 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		備考
□ 介護保険課 □ 保健福祉課 □ 支所 受付者	40歳以上	在 宅	年 月 日		非課税(介) 非課税(要)
	基準日				
	該当日		介護給付	資格継続	
	基準日				
	該当日				
来庁者区分	名前・続柄				
□本人・家族 □ その他 ()	(被介護者との関係) (名前)		オンライン	照 合	