

堺市家族介護慰労金支給申請書

令和 年 月 日

堺市長 殿

介護者 住所 堺市

氏名 (※)

被保険者との続柄( )

電話番号 ( )-

(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

堺市家族介護慰労金の支給を受けたいので、堺市家族介護慰労金支給事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

また、支給決定の後は、下記の口座へ振り込んでくださるようお願いいたします。

被 保 者	フリガナ 氏名	被保険者番号									
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)									
	住所	下 堺市 電話番号 -									
	対象在宅介護期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
	対象在宅介護期間中の入院の有無	・入院あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ( 病院 ) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ( 病院 ) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ( 病院 )									
保 險 者	加入医療保険状況	保険者名	記号	番号							
	対象在宅介護期間中の要介護状態	要介護4( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 要介護5( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 申請中									
	対象在宅介護期間中の介護保険サービス	・利用あり(利用したサービス ) ・利用なし *ショートステイを利用した場合 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )									
世 帯 構 成	氏名	生年月日	備考								
	世帯主	明・大・昭・平・令									
	世帯員	明・大・昭・平・令									
		明・大・昭・平・令									
		明・大・昭・平・令									
		明・大・昭・平・令									
家 族 介 護 慰 労 金 口 座 振 込 依 頼 欄 ( 介 護 者 の 口 座)	(1) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。										
	銀行・信金 信組・農協	本店・支店 出張所	口座種別 普・当・その他	口座 番号							
	フリガナ	口座名義人									
(2) <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (上記の記入は不要です。)											

堺市 確認 欄	要介護度	保険料納付	サービス 利用状況	所得状況	住所要件	介護実態

課長	課長代理	係長	係