

家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

(提出先) 足立区長

下記のとおり足立区家族介護慰労金の支給を申請します。

申請者 住所
(主介護者)

捨印

氏名

印

電話番号 ()

| | | | | | | |
|-----------------|-------------|---------------------|------------|--------|-------------|--|
| 要介護被保険者との続柄 | | | 家族介護慰労金の受給 | 有 ・ 無 | | |
| 要介護被保険者との同居の有・無 | 有 (同居) | 世帯員名 | 世帯主 | | | |
| | 無 (別居) | | | | | |
| | | 理由 (別居の場合) | | | | |
| 要介護被保険者の状況等 | フリガナ | | | 被保険者番号 | 0 0 0 | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 認定有効期間 | 有効期間開始日 | 年 月 日 | 要介護度 | 4 ・ 5 | |
| | | 有効期間終了日 | 年 月 日 | | | |
| | 住所 | 足立区 | | 電話番号 | () | |
| | 介護サービスの受給状況 | 無 ・ 有 (サービスの種類及び期間) | | | | |
| | 在宅での介護状況 | 期 間 | | | 主たる介護者氏名 | |
| | | 年 月 日～ | 年 月 日 | | | |
| 入院期間の有・無 | 有・無 | 年 月 日～ | 年 月 日 | 計 | 日間 | |
| | | 年 月 日～ | 年 月 日 | 計 | 日間 | |
| | | 年 月 日～ | 年 月 日 | 計 | 日間 | |

同 意 書

家族介護慰労金の申請にあたり、申請者（主介護者）及びその世帯員の所得状況、入院履歴等の調査について同意します。

氏名 (主介護者)

印

家族介護慰労金支給申請書

記入例

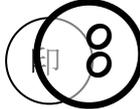
令和6年 2月 1日

足立区長様

下記のとおり足立区家族介護慰労金の支給を申請します。

申請者 住所 足立区中央本町 1-17-1
(主介護者)

氏名 OO OO 電話番号 (****) ****



| | | | | | |
|-----------------|---------------------|-----------------------|--|-------------------|-----|
| 要介護被保険者との続柄 | 子 | | 家族介護慰労金の受給 | 有・無 | |
| 要介護被保険者との同居の有・無 | 有 (同居) | 世帯員名 | 世帯主 OO OO | | |
| | 無 (別居) | | 理由 (別居の場合) | | |
| 要介護被保険者の状況等 | フリガナ | ◆◆ ◆◆ | 被保険者番号 | 0 0 0 9 9 9 9 9 9 | |
| | 氏名 | ◆◆ ◆◆ | 生年月日 | 明・大・昭10年1月10日 | |
| | 認定有効期間 | 有効期間開始日 | 令和 3年6月1日 | 要介護度 | 4・5 |
| | | 有効期間終了日 | 令和 6年5月31日 | | |
| 住所 | 足立区 中央本町 1-17-1 | | (****) **** | | |
| 介護サービスの受給状況 | 無・有 (サービスの種類) | | <div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px; display: inline-block;"> 現在お持ちの認定証に書いてある有効期間をお書きください。 </div> | | |
| 在宅での介護状況 | 期間 | | 主たる介護者氏名 | | |
| | 令和3年12月1日～令和6年1月31日 | | OO OO | | |
| 入院期間の有・無 | 有 | 令和 4年2月5日～ 令和 4年5月20日 | 計 105日間 | | |
| | 無 | 令和 5年8月5日～ 令和 5年8月20日 | 計 16日間 | | |

3か月以上の入院は期間から日数を控除します。

同意書

家族介護慰労金の申請にあたり、申請者（主介護者）及びその世帯員の所得状況等の調査について同意します。

氏名 (主介護者) OO OO



家族介護慰労金交付請求書兼口座振替依頼書

年 月 日

(提出先) 足立区長

請求者(主介護者)

住所
氏名



足立区家族介護慰労金について、下記のとおり請求します。

該当期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

記

| | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求 金額 | ¥ | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | |
|------|--------------------|-----------------|--------------------|------|--|--|--|--|--|
| 口座振込 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | 種目 | 口座番号 | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1普通 2当座 3その他 | | | | | | |
| 依頼欄 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | |

※主介護者以外の口座への振込希望の場合は、下記の委任状が必要となります。

(委任状)
私は、足立区家族介護慰労金の受領について、下記の者に委任します。

委任者(主介護者)の住所

氏名 _____ 印 _____ 捨印 _____

受任者(口座名義人)の住所

氏名 _____