

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）

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				
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 _____ () _____ () _____ ()						

家族介護慰労金支給申請書

記入例

令和8年 4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
(主介護者)

住所 足立区中央本町1-17-1

氏名 足立太郎 電話番号 (3880) 5111



要介護被保険者との続柄	夫		家族介護慰労金の受給	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		
要介護被保険者との同居の有・無	<input checked="" type="radio"/> 有 (同居)	世帯員名	世帯主	足立太郎		
				足立花子		
	<input type="radio"/> 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	アダチ ハナコ		被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
	氏名	足立花子		生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭10年1月10日	
	認定有効期間	有効期間開始日	3年6月1日		要介護度	<input checked="" type="radio"/> 4・5
		有効期間終了日	4年9月30日			
住所	足立区 中央本町1-17-1		(3880) 5111			
介護サービスの受給状況	<input checked="" type="radio"/> 無・有 (サービスの種類)		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。			
在宅での介護状況	期間		主たる介護者氏名			
	令和3年 2月1日～ 3年 3月31日 年 月 日～ 年 月 日		足立太郎			
入院期間の有・無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	3年 12月19日～ 3年 12月23日		計5日間		
		4年 1月5日～ 4年 1月10日		計6日間		
		年 月 日～	年 月 日	計	日間	

3か月以上の入院は期間から日数を控除します。

自筆によらない場合は、必ず押印をしてください。

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

氏名 足立太郎



足立花子



第4号様式（第6条関係）

家族介護慰労金交付請求書兼口座振替依頼書

令和 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。

記

請求 金額	¥	十 1	万 0	千 0	百 0	十 0	円 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 _____