介護慰労金申請書

年　　月　　日

下仁田町長　様

下記により介護慰労金の支給について申請します。

申請(介護)者住所　下仁田町大字

氏名　　印

記

介護対象者氏名			性別	男　・　女
生　年　月　日		年　　月　　日生　（満　　歳）		
電　話　番　号		－　　－		
要介護認定		有（介護度　　・認定日　　年　　月　　日）・　無		
対　象　期　間		年　8月　1日から　　年　7月31日まで		
慰労金振込先	金融機関	銀行・信組・金庫・農協		
	支店名	支店・支所		
	口座番号	普通・その他（　　）　No.		
	フリガナ 口座名義			

※　振込先は申請（介護）者の口座情報を記入し、ゆうちょ銀行の場合は、店番も忘れずに記入してください。

※「介護慰労金調査票」（裏面）も記入してください。

介護慰労金調査票

年８月１日現在

調査目的　この調査は、介護慰労金支給要件の確認のために、在宅での介護期間などをおたずねする調査です。**調査の内容により介護慰労金支給対象者を決定いたします。**

介護対象者氏名		
介護対象者住所	申請者と同じ ・ その他（　　）	
平成 30 年 8 月 1 日現在の状況	１ 在宅　２ 入院　３ 施設入所　４ 死亡　５ 転居･移転 ６ その他(具体的に　　)	
主たる介護者（慰労金申請者）	氏　名	
	対象者からみた続柄	１ 妻　２ 夫　３ 子　４ 子の配偶者 ５ 孫　６ 孫の配偶者　７ その他（　　）

※以下の項目は介護慰労手当の支給要件に係る事項です。間違いのないように回答して下さい。

1. 入院期間、老人保健施設入所期間及びショートステイ利用期間を記入して下さい。

（　　年 8 月 1 日から　　年 7 月 31 日までの1年間について記入して下さい。）

◇ 入院期間	･期間　／　～　／　（　　日間） 病院名 ･ ･
◇ 介護保険施設入所期間	･期間　／　～　／　（　　日間） 施設名 ･ ･
◇ ショートステイ利用期間	･期間　／　～　／　（　　日間） 施設名 ･ ･
◇ その他 （在宅でなかった期間）	･期間　／　～　／　（　　日間） 場所 ･

2. 期間中、利用していた居宅サービス（ショートステイを除く）に○を付けて下さい。（複数可）

（　　年 8 月 1 日から　　年 7 月 31 日までの1年間について記入して下さい。）

１．訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ）　２．訪問入浴　３．訪問看護　４．訪問リハビリ
５．訪問療養管理指導　６．通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）　７．通所リハビリ（ﾃﾞｲｹｱ）
８．福祉用具貸与（内容：　　）　９．その他（　　）
10．利用なし（利用しなかった理由　　）