

様式第1 (第5条関係)

鹿児島市家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市家族介護慰労金の支給を受けたいので申請します。
 また、鹿児島市において下記の介護者及びねたきり高齢者等の課税資料及び介護保険に関して必要な事項を調査することに同意します。

| | | | | | |
|-------------------------------|----|--|----|------|-------|
| 介護者 | 氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | (署名又は記名押印) | | | |
| | 住所 | 鹿児島市 | | 電話 | () |
| ねたきり等 | 氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | (署名又は記名押印) | | | |
| | 住所 | 鹿児島市 | | 電話 | () |
| 世帯状況 | 氏名 | ねたきり高齢者等との続柄 | 年齢 | 備考 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 支給の対象となる介護期間 | | ・ 年 月 日 ~ 年 月 日 (要介護4以上に認定され、介護した期間を記入) | | | |
| 介護期間中の要介護状態の程度 | | ・ 要介護4 ・ 要介護5 | | | |
| 介護期間中の介護保険サービス(ショートステイ)の利用の有無 | | ・ ショートステイの利用有 (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日) ・ 利用無 | | | |
| 介護期間中の入院の有無 | | ・ 入院有 (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日) ・ 入院無 | | | |
| 老人介護手当の受給の有無 | | ・ 有 (年 月 支給) ・ 無 | | | |

※ 下欄に民生委員又は地域包括支援センター職員の状況確認が必要です。

| | |
|-------------------------|---|
| 民生委員又は地域包括支援センター職員の状況確認 | 上記介護者がねたきり高齢者等を、上記介護期間中、在宅で介護していることを確認します。 民生委員 地域包括支援センター職員 印 |
|-------------------------|---|

| | | |
|-----------|-----------|----|
| 手当振込金融機関名 | 銀行 | 支店 |
| 口座番号 | 名義人(介護者名) | |

(注) ねたきり状態等の状況確認については、原則、民生委員の状況確認とします。
 また、民生委員と連絡が取れないなど特別な事情のある場合に限り、地域包括支援センターの職員が状況確認をいたします。