

様式第1号（第7条関係）

（例）令和7年7月10日

美濃加茂市家族介護支援金支給申請書

美濃加茂市長（氏名）宛

〒505-0041

申請者（主たる介護者） 住 所 美濃加茂市太田町△△番地1

フリガナ

主に介護を
している人

氏 名 介護 花子 介護印 ※署名または

電話番号 (0574) 25 - 2111

被介護者との続柄 妻

次のとおり、美濃加茂市家族介護支援金の支給を申請します。

○介護の状況

被介護者 (介護を受けている人)	フリガナ 氏 名	カ イ ゴ タ ロ ウ 介護 太郎					生年月日	昭和8年1月1日				
	被保険者番号	1	1	0	0	0	9	8	7	6	5	
	住 所	〒505-0041 美濃加茂市太田町△△番地1										
介護期間実績	※医療機関への入院日数とショートステイの利用日数の合計が7日/月を超える場合、当該月の支援金は支給されません。											
	6年7月	6年8月	6年9月	6年10月	6年11月	6年12月	7年1月	7年2月	7年3月	7年4月	7年5月	7年6月
要介護 状態区分	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
医療機関への 入院日数	0日	0日	0日	2日	0日	0日	0日	0日	0日	0日	3日	0日
ショートステイの 利用日数	0日	支給条件(※)に該当しなくなった場合にのみ記載します。 (※条件は事業のご案内参照)					0日	4日	4日	4日	5日	4日
介護期間が6月以上 12月未満の申請理由	(1)資格喪失(死亡、転出等) (2)施設入所 (3)その他(例) ・要支援2への区分変更 ・入院が7日/月を超えた											
身体の状況及び 介護期間中の 介護内容	被保険者の身体状況や、誰がどのような介護を行っていたかを具体的に記載してください。											

指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は長寿支援センター職員の見
上記のとおり介護されていることを確認しました。

事業所職員記載欄

※申請書の記入後、担当ケアマネジャー
に内容確認をしてもらってください。
※介護サービスのご利用がない方は
市へお問い合わせください。

所名)

〈電話番号〉

確認者氏名

印

※署名または記名押印

裏面もあります

○審査への同意

被介護者は、美濃加茂市家族介護支援金支給に伴う審査に必要な以下の項目について、市担当者が調査することに同意します。

- (1) 被介護者の要介護状態区分及び要介護認定に係る認定調査票又は主治医意見書の状況
- (2) 介護期間における被介護者の医療機関への入院日数
- (3) 介護期間における被介護者の短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用日数
- (4) 被介護者の介護保険施設等の入所状況
- (5) 被介護者の美濃加茂市介護保険料納付状況
- (6) 被介護者の介護保険法第63条から第69条までに規定する保険給付の制限等の状況
- (7) 被介護者の介護保険料所得段階

(例) 令和 7 年 7 月 1 日

(被介護者)

介護を受けている人
※代筆の場合は記名押印

住所 美濃加茂市太田町△△番地 1

氏名 介護 太郎



※署名または記名押印

生年月日 昭和 8 年 1 月 1 日

○振込を希望する金融機関（申請者名義）

○ ○ ○	銀行・農協 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. 普通預金 (総合口座)	△ △ △ △ △ △ △
△	△ △ △ △	△	△ △ △	2. 当座預金	
フリガナ		カイゴ ハナコ		申請者の名義は、 主に介護をしている人となります。	
口座名義人		介護 花子			

市記入欄	備考 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	受 付 印
日常生活自立度		
介護保険料納付	※ここには何も記入しないでください。	
保険給付の制限等		
短期入所施設利用	<input type="checkbox"/> 世帯別給 <input type="checkbox"/> 世帯非別給	
支 給 金 額	要介護1・2 2,000円 / 月 = 円 要介護3～5 5,000円 / 月 = 円	
支 給 の 可 否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	