

年 月 日

美濃加茂市家族介護支援金支給申請書

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

〒 ー

申請者（主たる介護者） 住 所

フリガナ

氏 名 ※署名または記名押印

電話番号（ ） ー

被介護者との続柄

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<br>(介護を受けている人)                                                                                                  | フリガナ氏名                                                  |     |     |     |     |     | 生年月日 | 年 月 日 |     |     |     |     |
|                                                                                                                         | 被保険者番号                                                  | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   |      |       |     |     |     |     |
|                                                                                                                         | 住 所                                                     | 〒 ー |     |     |     |     |      |       |     |     |     |     |
| 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。 |     |     |     |     |     |      |       |     |     |     |     |
|                                                                                                                         | 年 月                                                     | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月  | 年 月   | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
| 要 介 護<br>状 態 区 分                                                                                                        |                                                         |     |     |     |     |     |      |       |     |     |     |     |
| 医 療 機 関 へ<br>の 入 院 日 数                                                                                                  | 日                                                       | 日   | 日   | 日   | 日   | 日   | 日    | 日     | 日   | 日   | 日   | 日   |
| ショ ー ト ス テ イ の<br>利 用 日 数                                                                                               | 日                                                       | 日   | 日   | 日   | 日   | 日   | 日    | 日     | 日   | 日   | 日   | 日   |
| 介護期間が6月以上<br>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( )                       |     |     |     |     |     |      |       |     |     |     |     |
| 身体 の 状 況 及 び<br>介 護 期 間 中 の<br>介 護 内 容                                                                                  |                                                         |     |     |     |     |     |      |       |     |     |     |     |
| 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意見<br>上記のとおり介護されていることを確認しました。<br><br>年 月 日 <事業所名> <電話番号><br><br>確認者氏名<br><br>※署名または記名押印 |                                                         |     |     |     |     |     |      |       |     |     |     |     |

○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

年 月 日 (被介護者)  
住所

氏名 ※署名または  
記名押印

生年月日

○振込を希望する金融機関（申請者名義）

|                       |  |  |  |                 |  |  |                              |         |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|-----------------|--|--|------------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|
| 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合 |  |  |  | 本店<br>支店<br>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<br>(総合口座)<br>2. 当座預金 |         |  |  |  |  |  |  |
|                       |  |  |  |                 |  |  |                              |         |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                  |  |  |  |                 |  |  |                              |         |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人                 |  |  |  |                 |  |  |                              |         |  |  |  |  |  |  |

○市記入欄

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                               |                               |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 日常生活自立度   | (障害) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 / <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2<br>(認知) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb / <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M |                               |                               |                               |
| 介護保険料滞納   | <input type="checkbox"/> あ り                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               | <input type="checkbox"/> な し  |                               |
| 保険給付の制限等  | <input type="checkbox"/> あ り                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               | <input type="checkbox"/> な し  |                               |
| 介護保険料段階   | <input type="checkbox"/> 第1段階                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 第2段階 | <input type="checkbox"/> 第3段階 | <input type="checkbox"/> 左記以外 |
| 支 給 金 額   | 要介護1・2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2,000円                        | ×                             | 月 = 円                         |
|           | 要介護3～5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5,000円                        | ×                             | 月 = 円                         |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                               | 計 円                           |
| 支 給 の 可 否 | <input type="checkbox"/> 支 給                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               | <input type="checkbox"/> 不支給  |                               |

受 付 印