

美濃加茂市要介護高齢者等介護者慰労金支給申請書

美濃加茂市長 宛

〒 -

申請者（主たる介護者） 住 所 _____
フリガナ
 氏 名 _____ 印
 電 話 番 号 （ _____ ） _____
 被介護者との続柄 _____

次のとおり、美濃加茂市要介護高齢者等介護者慰労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							生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	被保険者番号	1	1	0	0	0			要介護度	性別	男・女	
	住 所	〒 -										
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42日を超える場合、慰労金は支給されません。 年 月 日 ~ 年 月 日 (6箇月)											
身体の状況 及び 介護期間中 の介護内容												
	医療機関への入院日数						日	ショートステイの利用日数				
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 上記のとおり介護されていることを確認しました。 年 月 日 <事業所名> <電話番号> 確認者氏名 印												

○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											
口座名義人											

美濃加茂市要介護高齢者等介護者慰労金に関する同意書

美濃加茂市要介護高齢者等介護者慰労金の申請において、被介護者の下記の項目について、市長が確認することに同意します。

確認することに同意する項目

- ・美濃加茂市介護保険料納付状況
- ・介護期間における病院又は診療所への入院日数
- ・介護期間における短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用日数
- ・介護保険施設等の入所状況

年 月 日 (被介護者)

住所

氏名

印

生年月日