

別記様式第1号(第5条関係)

家族介護慰労金支給申請書										
年 月 日							長 沼 町 長 様			
申請者氏名							印			
(電話)										
長沼町家族介護慰労金の支給を受けたいので申請します。										
介護者	住 所									
	氏 名				性別	男 女	生年月日	年 月 日		
	振込 口座	銀行・農協 信金・信組		口座 番号				口座 名義		
被介護者	住 所									
	氏 名				性別	男 女	生年月日	年 月 日		
	被介護者 との関係				同居 の有無	有・無		町民税課 税の有無	有・無	
介護保険 の状況	要介護度			要介護認 定年月日	年 月 日		介護サービス 利用の有無	有・無		
過去1年間の入院の状況		無・有 (年 月 日から 年 月 日まで)								
同意書	<p>私は、家族介護慰労金の申請にあたり、給付要件となる介護保険サービス給付状況、町民税課税状況、医療給付の状況等について担当部署が、必要に応じて関係機関への調査を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 氏 名 印</p>									

決 定 欄 (申請にあたり、以下の記載の必要はありません)

課長	参事	補佐	係長	係	
					各受給要件について、調査の結果慰労金の支給を決定 ・ 却下 します。 担当者名 ㊟