

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 伊藤 誠一 宛

〒 ー

申請者（主たる介護者） 住 所 _____
 フリガナ _____
 氏 名 _____ 印
 電 話 番 号 （ _____ ） ー _____
 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	〒 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		日			
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											