

様式第1号(第4条関係)

家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

赤井川村長 様

住所

申請者

氏名

㊟

(高齢者との関係 )

家族介護慰労金の支給を申請します。また、本申請の審査に当たり、私と私の属する世帯の世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。

高齢者の氏名		生年月日	年 月 日生
要介護度	要介護4 要介護5 (左記認定の有効期間)		
介護サービス利用の有無	当該要介護認定期間における介護サービス利用の有無 有(ショートステイの利用日数 日) 無		
市町村民税課税状況	当該要介護認定期間1年経過時における市町村民税課税状況 課税 ・ 非課税		
家族介護の状況	①同居介護 ②別居介護 別居介護の場合は、介護の状況を御記入ください。 ( )		

(注) 家族介護者が申請者となります。

\*決定欄\*

下記審査のとおり申請内容に相違ないので、家族介護慰労金の支給について決定する。 [市町村民税課税の有無] 有・無 [要介護状況] 該当・非該当 [決定日] 年 月 日 [支給金額] 円	村長	副村長	課長	主幹	係長	係