

第1号様式（第5条関係）

家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

(宛先) 津市長

(〒)

住所
申請者 氏名
電話

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。

次のとおり家族介護に係る慰労金の支給を申請します。

在宅高齢者	住所	〒 —				
	ふりがな				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	年 月 日 (歳)				
要介護			介護保険被保険者番号	20100	<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
同居の家族	氏名	続柄	年齢	住所	職業	備考
確認欄	1 要介護4以上の期間 年 月 日から 年 月 日まで 2 介護サービス未利用の期間 年 月 日から 年 月 日まで ※1週間以内の短期入所生活介護及び短期入所療養介護を除く。 3 入院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医院名) ※有の場合は、入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 4 当該事業に係る担当職員が上記内容等を必要に応じ医療関係機関等に報告を求めることに対し同意します。 <input type="checkbox"/> 同意					
意見	上記内容のとおりであることを認めます。 年 月 日 地区担当民生委員					
備考						

(注) 同居の家族の住所欄は、在宅高齢者の住所と異なる場合に記入してください。

第2号様式（第5条関係）

同意書

年 月 日

(宛先) 津市長

(〒)

住所
代表者 氏名
電話

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。

家族介護慰労金支給事業の対象者として、上記の者を代表者とすることに同意します。

在宅高齢者	住所	〒 ー			
	ふりがな		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	要介護		介護保険被保険者番号	20100	<input type="text"/>
他の対象者の同意欄	氏名	印	続柄	年齢	備考
備考					

承 諾 書

年 月 日

津 市 長

住所
申請者
氏名

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。

津市家族介護慰労金の支給決定に際し、貴担当職員が申請者及び在宅高齢者の世帯に係る市民税の課税状況及び所得状況、介護保険情報等の個人情報について、税務関係当局及び関係部局に報告を求めることについて承諾します。