様式第１号（第４条関係）

新宮市家族介護慰労金支給申請書

(あて先)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　 月　 　日

新宮市長

申　請　者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　（続柄）

電　話

新宮市家族介護慰労金支給事業実施要綱に基づき、次のとおり慰労金支給申請を行います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者情報 | 氏名 | ふりがな |
| 住所 | 新宮市 |
| 生年月日、年齢 | 　　　　　　年　　　月　　　日　、　　　　　　　　歳 |
| 電話番号 |  |
| 対象者が過去１年間に入院したことがありますか？はい　・　いいえ | 「はい」と回答された場合、病院名と入院期間を記入して下さい。 |
| 入院病院名 |  |
| 入院期間 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 入院病院名 |  |
| 入院期間 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 介護保険サービスを利用しなかった理由 |  |
| 家族の状況 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同居・別居 | 住所 | 備考 |
|  |  |  |  |  | 主介護者 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 【同意欄】申請に当たり、以下のことを調査することに同意します。　①要介護認定審査会の審査資料、認定結果及び介護保険サービス利用の有無　②要介護者及び家族の市民税の課税状況、要介護者の入院履歴及び介護保険料滞納の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同意者サイン |