

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) 新宮市長

年 月 日

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	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						