

家族介護慰労金支給申請(請求)書

( 年 月 から 年 月 までの1年間)

フリガナ	保険者番号	4	4	2	1	1	1
被保険者氏名	被保険者証番号						

生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
------	----------------	----	-----

住所	〒	電話番号
----	---	------

家族介護慰労金支給金額
-------------

		氏名	生年月日	性別	被保険者証番号						
世帯構成	世帯主										
	世帯員										

宇佐市長 殿

上記のとおり関係書類を添えて家族介護慰労金の支給を申請(請求)します。

なお、私の家族介護慰労金の支給に関し必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員又は生計を一にする者の収入状況、被保険者の医療機関受診状況について、宇佐市が官公署、その他の関係機関に照会することに同意します。

申請者 住所

氏名 印 電話番号

家族介護慰労金を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼欄	銀行 金庫 組合 農協	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	普通	
	フリガナ			
	口座名義人			

上記の口座への振り込みを承諾します。氏名 ( ) 印

市記入欄

介護保険サービスの利用状況		介護保険証の確認欄		市民税課税状況	備考
短期入所を除くサービスの利用	短期入所サービス利用日数	要介護度	有効期間		
有・無	日	4 ・ 5	年 月 日 ~ 年 月 日	非課税 課税	