

家族介護慰労金支給申請(請求)書															
(令和 年 月から令和 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														
宇佐市長様															
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							