

(様式第1号)

年 月 日

豊中市家族介護慰労金支給申込書

豊中市長 あて

豊中市家族介護慰労金支給事業実施要綱に基づき、次のとおり家族介護慰労金の支給を申し込みます。

申込者 (介護者)	名前					要介護者との続柄		
	住所	〒				電話		
(ふりがな)			生年月日			年 月 日		
要介護者名前								
被保険者番号					介護状態区分		要介護 ()	
要介護度 認定年月日		要介護2 ^{注)} ～要介護5と認定された認定年月日				年 月 日		
過去1年間の 入院等の状況	無・有	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 等 の 状 況	名前	年齢	性別	続柄	同居・別居	住所	備考	
					同居・別居		要介護者	
					同居・別居		主たる介護者	
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			

注) 要介護2については、認定調査時の主治医意見書において「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の人が対象

※家族介護慰労金を申し込むため、以下のことを調査することに同意します。

- ① 要介護認定審査会における審査資料と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
- ③ 要介護者の入院履歴の情報
- ④ 介護保険料滞納の有無

名 前 _____

(問合せ先) 豊中市長寿安心課

TEL 06-6858-2237