

広島市家族介護慰労金支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 広島市長

申請者 住所 区 丁目 番号
(介護者) _____ 番地

フリガナ

氏名 _____ (電話番号 _____)

(介護を必要とする方との続柄: _____)

私は、以下の者を在宅で介護しているので、広島市家族介護慰労金の支給に係る申請書を提出します。
申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

介護を必要とする方	介護保険被保険者番号													
	フリガナ					生年月日								
	氏名					歳	明・大・昭	年	月	日				
	住所	区	丁目	番号	番地	電話番号								
介護保険法第19条第1項に規定する認定状況等 認定結果等: <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4・5相当 <input type="checkbox"/> 審査中 <input type="checkbox"/> 未申請 (有効期間: 和暦 年 月 日~和暦 年 月 日) 認定結果等: <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4・5相当 <input type="checkbox"/> 審査中 <input type="checkbox"/> 未申請 (有効期間: 和暦 年 月 日~和暦 年 月 日) 40~64歳の方: <input type="checkbox"/> 医療保険に加入している <input type="checkbox"/> 医療保険に加入していない														
支給に当たって、私(世帯主)及び私の属する世帯員の市民税の課税・非課税の状況を課税台帳により調査、確認されること、及び介護を必要とする者の要介護度及び介護保険・介護扶助の給付状況(他市町村を含む)について調査・確認されることに同意します。また、必要に応じて、広島市職員又は広島市から委託を受けた機関の職員が介護を要する者を訪問し、要介護状態の調査・確認を行うこと、主治医に意見や診断書の発行を求めること、及び本申請書の写しを広島市から委託された機関などに送付することに同意します。 なお、これらを調査・確認することなどについては、私の属する世帯員の承諾を得ています。私の属する世帯は、(1)のとおりです。また、介護を必要とする者の申請日の属する月から前1年間の病院等への入院・入所状況は、(2)のとおりです。														
氏名(世帯主) _____														
(1) 世帯状況	氏名				生年月日				続柄					
					明・大・昭・平 年 月 日									
					明・大・昭・平 年 月 日									
					明・大・昭・平 年 月 日									
					明・大・昭・平 年 月 日									
					明・大・昭・平 年 月 日									
(2) 申請日の属する月から前1年間の病院等への入院・入所	有・無	病院・施設等の名称					令和 年 月 日~令和 年 月 日				日間			
							令和 年 月 日~令和 年 月 日				日間			
							令和 年 月 日~令和 年 月 日				日間			
							令和 年 月 日~令和 年 月 日				日間			
							令和 年 月 日~令和 年 月 日				日間			
							合 計				日間			

(注) 1 申請者は、主たる介護者の方としてください。
 2 世帯状況は、介護を必要とする方の属する世帯全員を記入してください。住民票上、世帯を分離している方であっても同居している場合は記入してください。
 3 世帯状況の続柄は、介護を必要とする方からみた続柄を記入してください。
 (裏面も記入してください。)

【家族介護慰労金の振込先】

申請者（介護者）	フリガナ					続柄	
	氏名						
	住所	区	丁目	番	号	【電話番号】	
	金融機関	銀行	店	信用金庫	本店	口座種別	□1.普通 □2.当座
		信用組合	支店	農業協同組合	出張所		
口座番号					口座名義（カナ）		

（注） 振替先金融機関は、申請者（介護者）本人の名義のものを記入してください。

※ 家族介護の確認（次のいずれかの方で確認してください。）

申請者が、申請日の属する月から前1年間、申請書に記載された介護を要する方を介護されていることを確認しました。

令和 年 月 日

□ 1. 民生委員（ 民生区）

氏名 _____

□ 2. 地域包括支援センター職員（支援センター名 _____）

氏名 _____

以下は記入しないでください。

市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 1.非課税世帯 <input type="checkbox"/> 2.課税世帯
申請日の属する月から前1年間の介護保険給付	<input type="checkbox"/> 1.介護保険サービスを利用していない。 <input type="checkbox"/> 2.介護保険サービスのうち、ショートステイのみ7日以内利用している。（ショートステイ利用日数の累計 _____ 日） <input type="checkbox"/> 3.介護保険サービスを利用している。 { 介護保険利用状況 _____ } <input type="checkbox"/> 4.他市町村へ照会中
申請日の属する月から前1年間の要介護認定結果等	<input type="checkbox"/> 1.要介護4又は5と認定されている。（判定該期間：和暦 年 月 日～和暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 要介護4 □要介護5（有効期間：和暦 年 月 日～和暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 要介護4 □要介護5（有効期間：和暦 年 月 日～和暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 要介護4 □要介護5（有効期間：和暦 年 月 日～和暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2.要介護4又は5相当と認められる。（判定該期間：和暦 年 月 日～和暦 年 月 日） 調査年月日 和暦 年 月 日（要介護4・5相当の一時判定結果 要介護（ ）認知症諸者の日常生活自立度（ ）） 調査年月日 和暦 年 月 日（要介護4・5相当の一時判定結果 要介護（ ）認知症諸者の日常生活自立度（ ）） 調査年月日 和暦 年 月 日（要介護4・5相当の一時判定結果 要介護（ ）認知症諸者の日常生活自立度（ ）） <input type="checkbox"/> 3.要介護4・5と認定されていない、又は相当と認められない。 { 理由 _____ }

上記のとおり確認しましたので、高齢福祉課に送付してよいでしょうか。

高齢介護係

係	係長	課長
／		／