

令和 年度 中能登町介護慰労金支給申請書

年 月 日

中能登町長 様

(申請者) 住 所 中能登町

氏 名

(要介護者との続柄)

電 話 ー

中能登町介護慰労金の支給を受けたいので、中能登町介護慰労金支給要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

要介護者	住 所				
	フリガナ		性 別	生 年	大・昭
	氏 名		男・女	月 日	年 月 日
区 分 (該当する番号 に○をつけて下 さい)	要介護者				確 認
	1. 要介護4または要介護5 (認定日: 年 月 日)				
	2. 障害高齢者の日常生活自立度C以上				
	3. 認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上				
要 件 (全て該当 すること)	4. 65歳未満で1、2、3いずれかの状態で常時介護を必要とする人				
	・上記の状態認定有効開始日から3か月以上在宅で介護をしている (在宅介護開始日: 年 月 日)				
	・申請者(介護をしている人)が就業していない(パート・専従者不可)				
振込先 (申請者の 口座名義)	金融機関				
	口座番号				
	口座名義(カタカナ)				
<p>上記事項について相違ありません。万一、虚偽であることが確認された場合は、すみやかに慰労金を返納します。また、この申請にかかる世帯についての介護保険料、町税及び後期高齢者医療保険料に関する調査をすることに同意します。(※原則、介護保険料、町税及び後期高齢者医療保険料に未納がある場合は支給されません。)</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>					

町 記 入 欄	納付状況	介護保険料	: 未納	無	有	
		町 税	: 未納	無	有	
		後期高齢者医療保険料	: 未納	無	有	
	支給開始月	年 月				
申請者確認欄	<input type="checkbox"/> 免許証 (No.) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()					