

様式第1号

大泉町在宅ねたきり高齢者等介護慰労金支給申請書

年 月 日

大泉町長 様

大泉町在宅ねたきり高齢者等介護慰労金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

介護者 (申請者)	住所	電話番号 ()		
	氏名		要介護高齢者との関係	
要介護 高齢者	住所			
	氏名			生年月日
				年 月 日
	要介護 認定	<input type="checkbox"/> 申請済	要介護 4 ・ 5 (認定日	年 月 日)
<input type="checkbox"/> 未申請		(理由)		
慰労金 の対象 期間	年 月 日～ 年 月 日			
介護慰労金振込先口座		金融機関名		
口座名義人 (申請者名義)	(フリガナ)	預金種別	普通・当座	
		口座番号		

同意書

支給決定のため、関係職員が要介護高齢者の住民基本台帳、介護認定状況、介護保険サービスの利用状況及び入院状況等について調査することに同意します。

年 月 日

氏名 (要介護高齢者)