

別記第 1 号様式（第 4 条関係）
(表)

下松市寝たきり高齢者等介護見舞金支給申請書

年 月 日
下松市長 様

介護見舞金の支給を受けたいので、下松市寝たきり高齢者等介護見舞金支給要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。また介護見舞金の支給対象要件の確認に必要な範囲内で、要介護状態区分、介護サービスの給付状況等について、市が調査することに同意します。

申請者（介護者：寝たきり高齢者等を常時介護している人）
住 所 〒
氏 名
連絡先
介護を受けている人との続柄（ ）

寝たきり高齢者等について			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		電話番号	
介護保険 被保険者 証の内容	被 保 険 者 番 号		
	要 介 護 状 態 区 分	要介護 4 ・ 要介護 5 (どちらかに○で囲んでください)	
	認 定 年 月 日	年 月 日	
	認 定 の 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	

振込先を下記の枠内に記入してください。（原則、申請者の口座とします。）

振 込 先 口 座											
金融機関名	銀行・金庫 農協・漁協				本店・支店・本所 支所・出張所						
	※通帳の写し等を裏面に添付すること				店番						
預金種別	1.普通 2.当座		口座番号								
口座名義人	カナ				連絡先 () ※申請者連絡先と同じ場合は、省略可						

裏面あり

(裏)

※申請者（介護者）と口座名義が異なる場合は、記入してください
介護見舞金の受取を上記口座名義人に委任します。

委任者 _____ 申請者との続柄 (_____)

委任する場合は、介護者及び委任者の本人確認資料の写しを添付してください。

【申請者全員記入欄】

寝たきり高齢者等が昨年の10月1日から今年の9月30日までの間に
入院または入所していた期間がありますか。

(ない ・ ある)

ある場合は、記入をお願いします。

寝たきり高齢者等の状況	期 間
・施設入所（名称 _____）	年 月 日 ～ 年 月 日
・入 院（名称 _____）	年 月 日 ～ 年 月 日
・そ の 他（ _____）	年 月 日 ～ 年 月 日

【下記に該当する場合、支給対象外となります。】

※寝たきり高齢者等が昨年の10月1日から今年の9月30日までの間
で通算6月以上医療機関に入院し、又は老人保健施設等に入所したとき。

【誓約・同意事項】

※以下の項目を確認し、□にチェック（✓）してください。

（チェック（✓）がない場合、支給対象に該当せず、見舞金を受け取れません。）

☐ 申請者は、下松市寝たきり高齢者等介護見舞金支給要綱第2条の寝たきり
高齢者等の介護者であって、次のいずれかに該当します。

(1) 寝たきり高齢者等と同居し、在宅で常時介護していた者

(2) 寝たきり高齢者等と別居し、1日のうち半日以上常時介護していた
者

添付書類貼付欄

※新規申請の方、口座を変更する方は通帳のコピー等を添付して下さい