

別記第1号様式（第4条関係）

（表）

見本

下松市寝たきり高齢者等介護見舞金支給申請書

令和〇年10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 下松市大手町〇-〇-〇

氏名 下松 娘子

連絡先 〇 8 3 3 - 4 5 - 〇〇〇〇

娘

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	クダマツ ハハミ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
氏名	下松 母美	電話番号	〇 8 3 3 - 〇〇-△△△△
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	令和□年 5月10日	
	認定の有効期間	令和□年 5月1日 から 令和×年 4月30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	〇〇		銀行・金庫	〇〇			本店・支店 本所			
			農協・漁協				支所・出張所			
※通帳の写し等を裏面に添付すること										
預金種別	1. 普通 2. 当座		口座番号	〇	△	□	〇	△	□	〇
口座名義人	カナ	クダマツ ムスメコ		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 <b>□□ 病院</b> _____ )	<b>令和4年2月10日~令和4年2月20日</b>
・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

**振込を希望される通帳の写しの添付をお願いします。**